FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1905 — THESE — N° 275

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 12 Avril 1905, à 1 heure

PAR

Albert MIODET

LES FORMES CHRONIQUES

DU

Purpura Hémorragique

Président : M. HAYEM, *professeur*

Juges MM. TERRIER, *professeur*
BLANCHARD, *professeur*
BROCA (Aug.), *agrégé*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
HENRI JOUVE
15, rue Racine, 15
1905

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie	P. POIRIER
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et Chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	HUTINEL. BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MathiasDUVAL
Opérations et appareils	RECLUS.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT.
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	BROUARDEL
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM. DIEULAFOY. DEBOVE. LANDOUZY.
Maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale	LE DENTU. TILLAUX. TERRIER. BERGER.
Clinique ophtalmologique	De Lapersonne.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchements	BUDIN. PINARD.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.

Agrégés en exercice.

MM.

AUVRAY	DESGREZ	LAUNOIS	POTOCKI
BALTHAZARD	DUPRE	LEGRY	PROUST
BRANCA	DUVAL	LEGUEU	RENON
BEZANÇON	FAURE	LEPAGE	RICHAUD
BRINDEAU	GOSSET	MACAIGNE	RIEFFEL (chef des travaux anat)
BROCA (André)	GOUGET	MAILLARD	
CARNOT	GUIART	MARION	TEISSIER
CLAUDE	JEANSELME	MAUCLAIRE	THIROLOIX
CUNEO	LABBE	MERY	VAQUEZ
DEMELIN	LANGLOIS	MORESTIN	WALLICH

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR HAYEM

Professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris

Médecin de l'hôpital Saint-Antoine

Membre de l'Académie de médecine

Officier de la Légion d'honneur

AVANT-PROPOS

Avant d'aborder le sujet de ce travail, il est une obligation à laquelle nous ne pourrions nous soustraire sans manquer à celui de nos devoirs peut-être le plus sacré. Nous devons trop, en effet, aux maîtres qui ont contribué à notre instruction médicale, et c'est à ce titre que nous voulons leur apporter ici, bien faible témoignage de reconnaissance, nos remerciements les plus sincères et notre plus profonde gratitude. L'ensemble de nos connaissances n'est, en somme, que l'ébauche de leur savante érudition.

A l'Ecole de Clermont-Ferrand, où nous avons fait nos trois premières années d'études, nous avons trouvé non seulement des maîtres sincères, mais encore, si nous n'avions crainte de parler peut-être un peu trop familièrement, des amis profondément dévoués. Nous n'oublierons jamais ce que fut et ce que fit pour nous M. le professeur *Bousquet ;* c'est en somme à ce maître dévoué que nous devons le meilleur de nos connaissances chirurgicales tant théoriques que pratiques.

M. le professeur *Du Cazal* mit à notre portée de débutant son grand savoir clinique et sa science

thérapeutique, et c'est avec orgueil que nous revendiquerons l'honneur d'avoir été son élève. Nous n'aurions garde enfin d'oublier les leçons et les excellents conseils de MM. les Drs *Bide*, *Maurin*, *Lepetit*, *Planchard*, *Pojolat*, *Fouriaux*, *Dionis du Séjour*, et de *M. Dieulafé*, professeur agrégé à la Faculté de Toulouse.

Que M. le Dr *Moureyre* veuille bien agréer également toute notre reconnaissance.

A la Faculté de Paris, c'est avec le plus grand intérêt que nous avons suivi les leçons et les consultations de notre éminent maître *M. le professeur de Lapersonne*.

A la Maternité de Boucicaut, *M. le Dr Doléris* nous a enseigné l'art et la pratique des accouchements.

Nous tenons enfin à remercier ici tous ces maîtres qui, de près ou de loin, ont contribué pour une part plus ou moins grande à parfaire nos connaissances médicales, et auprès desquels nous avons toujours trouvé de bienveillants conseils et d'utiles leçons : *MM. les professeurs Hallopeau, Guyon, Berger, etc...*

Nos remerciements aussi à *M. le professeur Hayem*, dont nous avons suivi avec intérêt les cliniques de l'Hôpital Saint-Antoine, et qui, de plus, nous a fait le très grand honneur d'avoir accepté la présidence de notre thèse inaugurale. Nous sommes heureux de lui en exprimer ici notre gratitude.

M. le Dr Bensaude, chef de Clinique de la Faculté nous a donné le sujet de notre thèse. Nous ne pouvons moins faire que de lui apporter nos plus sincères

remerciements, ainsi qu'à *M. Rivet*, Interne des Hôpitaux, tant pour les bons conseils qu'ils ne nous ont pas épargnés, que pour les nombreuses observations qu'ils nous ont fournies.

HISTORIQUE

En parcourant les nombreux auteurs qui ont traité cette question du purpura hémorrhagique, l'on est tout étonné de constater combien ils se sont peu appesantis sur la forme chronique de cette affection. Tous ou du moins le plus grand nombre d'entre eux nous ont décrit avec amples détails les symptômes, l'évolution de cette maladie aiguë à laquelle le nom de Werlhoff est resté attaché depuis 1735 pour en avoir le premier montré l'évolution et signalé le caractère. De la forme chronique du purpura hémorrhagique, l'on ne trouve à peine que quelques mots dans les récents *Traités de Médecine* ; et cependant il existe dans la bibliographie médicale des observations assez nombreuses où l'on peut voir cette affection persister pendant des mois et même des années. Des cas de ce genre sont connus et ont été livrés à la publicité depuis fort longtemps.

Déjà en 1844, Racle, interne dans le service de Cazenave à l'hôpital Saint-Louis en observait 2 cas, pour ainsi dire typiques: le premier a trait à une femme de 50 ans, chez laquelle cette affection per-

sista pendant 6 ans, déterminant même des phénomènes de compression du cerveau, conséquence d'une hémorrhagie méningée. La malade sortit finalement guérie de l'hôpital. Le second est celui d'un homme de 30 ans qui en l'espace de 8 mois, présenta deux poussées de purpura hémorrhagique (1).

Cazenave, en 1851, avait observé cette forme chronique. « Le purpura, même hémorrhagique, dit-il, peut durer plusieurs années pour se terminer ensuite par la guérison ». Vers la même époque, Fournier (de Bordeaux) écrivait dans la *Gazette des Hôpitaux* : « Le purpura hémorrhagique est une affection surtout chronique, quelquefois héréditaire », et il nous donne l'observation d'un enfant qui présenta dès l'âge de 2 ans jusqu'à l'âge de 11 ans, des poussées multiples de purpura hémorrhagique.

Un peu plus tard, en 1855, paraissait la thèse de Bucquoy sur le purpura hemorrhagica. « Il a, dit-il, la durée la plus longue et la plus variable. Quelquefois il dure plusieurs années, mais il présente ordinairement des périodes de rémission pendant lesquelles le malade sans avoir complètement recouvré la santé, se considère comme guéri du purpura ». Et à l'appui de ses paroles, il donne l'observation d'un homme de 48 ans qui présenta en 2 ans plusieurs poussées de purpura hémorrhagique.

1. Racle. *Annales des maladies de la peau et syphilis*, août 1844.

En 1861, Lancereaux (1) en observait également un cas remarquable par l'abondance des hémorrhagies nasales et gingivales et qui se termina par la mort au bout de deux mois et demi.

En 1877, Lasègue (2) en cite une observation d'une durée de 3 mois et demi ; le malade quitta l'hôpital guéri.

Quelques années plus tard, Denys (3) (de Louvains) rapportait l'observation d'une femme de 40 ans, chez laquelle l'affection débuta en janvier 1884 ; la maladie procédait par poussées et dura jusqu'en 1887, c'est-à-dire près de 3 ans.

De nos jours, un certain nombre d'auteurs ont reconnu cette forme chronique du purpura hémorrhagique. Thieberge nous dit qu'il est des cas où cette affection persiste pendant plusieurs mois. Marfan, dans son excellent *Traité des maladies de l'Enfance*, « à côté de la forme aiguë commune qui dure de 8 à 15 jours », place une forme chronique dont il cite un exemple remarquable ; c'est l'observation d'une fillette de 10 ans et demi qui présenta pendant six mois plusieurs poussées. Ce fut d'ailleurs sous l'inspiration de ce maître que fut écrite plus tard, en 1900, la thèse de G. Nanu, où nous retrouvons un certain nombre d'observations ayant trait à cette forme

1. Lancereaux. *Traité d'anatomie pathologique*, 1875, t. I, p. 562.
2. Lasègue. *Arch. gén. de médecine*, 1877, t. I, p. 600.
3. Denys. *La Cellule*, 1887, et t. V., 1889.

chronique, et où la durée de la maladie varie entre 3 et 13 mois.

Mais c'est en parcourant les Cliniques sur le sang faites en 1900 par M. le professeur Hayem que nous trouvons la meilleure étude sur cette question. L'auteur y met pour ainsi dire en évidence cette forme chronique à peine entrevue par ses prédécesseurs, et il nous en fait une étude approfondie. Cette forme chronique « est d'une certaine fréquence, dit-il ; elle procède par poussées successives et reste toujours apyrétique », mais il reconnaît aussi « que dans la forme aiguë et dans certains cas, la maladie est traînante et sujette à récidives ». « Cette forme chronique n'est pas très rare », nous dit-il ailleurs, contrairement à ce que nous lisons dans Marfan, qui croit son observation « presque unique ». Et l'auteur, dans son livre, nous en cite un grand nombre de cas qu'il a observés : c'est celui d'un jeune homme de 18 ans chez lequel la maladie persiste depuis l'âge de 9 à 10 ans, consistant surtout en hémorrhagies ; ailleurs, une observation d'une durée de 6 ans chez un enfant de 7 ans ; plus loin, une autre d'une durée de 4 ans, puis une autre à poussées répétées pendant 15 ans. Nombreux sont les cas qu'il a assemblés et qu'il décrit sous le nom de forme chronique et apyrétique.

Depuis quelques années, un certain nombre d'observations de purpura chronique ont été publiées, et pour ne retenir que celles qui nous ont paru véritablement intéressantes, nous citerons celle de

Rathery (1) dont la malade présenta trois poussées en 4 mois ; celle de Debrie (2) dont le sujet âgé de 22 ans, présentait depuis son enfance et tous les deux ou trois mois, des poussées de « plaques rouges » ; celle de MM. Apert et Rabé (3) concernant un enfant de 14 ans, qui, depuis un an environ, a des épistaxis tous les mois et même plusieurs fois par mois. Lenoble (4), en 1903, en rapporte aussi plusieurs observations : celle d'un homme de 49 ans, dont la maladie dura 16 mois, et procédait par petites poussées ; celle d'une femme de 33 ans avec cinq poussées en 10 mois ; celle d'une autre femme de 21 ans qui eut « des épistaxis et des petites poussées de taches rouges sur le corps » depuis l'âge de 12 ans ; et dans l'étude qu'il fait sur la « conception des purpuras », il nous dit que « l'évolution de cette forme chronique est lente et procède par poussées successives... Sa durée est indéfinie et paraît pouvoir persister pendant toute la vie ».

Enfin, à côté de tous ces travaux, il ne nous reste plus qu'à mentionner ici les nombreuses observations et le travail consciencieux que viennent de faire paraître sur cette forme chronique du purpura hémorrhagique MM. Bensaude et Rivet. C'est là une des meilleures études qui aient été faites sur cette

1. Rathery. Soc. méd. des Hôp., 12 octobre 1883.
2. Debrie. *Bull. médical*, 21 novembre 1900.
3. Apert et Rabé. *Bull. médical*, 21 novembre 1897.
4. Lenoble. *Arch. gén. de méd. exp.*, 1903, p. 243 et 254.

question, puisque ces auteurs se sont appuyés sur l'observation personnelle et longuement suivie de 14 malades (1).

1. Bensaude et Rivet. *Arch. gén. de méd.*, Paris 1905.

SYMPTOMATOLOGIE
DU PURPURA HÉMORRHAGIQUE CHRONIQUE

Tout purpura hémorrhagique chronique est caractérisé par trois symptômes principaux : les ecchymoses, les hémorrhagies, et enfin les altérations que présente l'état général.

I. *Ecchymoses.* — Les ecchymoses sont des tâches étendues, larges, de forme irrégulière et à bords généralement mal délimités ; elles forment en quelque sorte le symptôme capital de la maladie. Leur nombre varie dans de grandes mesures ; elles peuvent se borner à une ou deux sur le corps, mais bien souvent le malade en est littéralement couvert. Leurs dimensions varient également ; il en est qui ne dépassent pas le diamètre d'une pièce de deux francs, d'autres atteignent et surpassent même de beaucoup la grandeur de la main toute entière. Leur teinte subit des variations suivant leur degré d'ancienneté, semblables en cela aux ecchymoses d'origine traumatique ; la tache tout d'abord d'un rouge vif, ou plus ou moins noirâtre, devient successivement jaune verdâtre, jaune clair, et disparaît d'autant plus vite qu'elle était au début plus petite. Leur évolution ne dépasse guère d'ordinaire quinze

jours à trois semaines. En général, ces ecchymoses ne forment pas de saillie à la surface du tégument, à moins cependant qu'un abondant épanchement de sang ne vienne, pour ainsi dire, s'interposer entre la peau et les plans sous-jacents et former ce que l'on appelle une bosse sanguine. Leur coloration ne disparaît pas par la pression. Leur siège est indéterminé, mais c'est principalement dans les parties les plus déclives, aux membres inférieurs ou au tronc qu'elles se forment.

Indépendamment de ces ecchymoses, le purpura hemorrhagica peut encore se présenter sous forme de petites taches, de coloration plus ou moins sombre et plus ou moins brunâtre, ne disparaissant pas sous la pression du doigt. Ce sont alors des *pétéchies*. Leurs diamètres varient dans de larges mesures et peuvent atteindre parfois les dimensions d'une pièce de cinquante centimes. De même que les ecchymoses, les plus anciennes disparaissent alors que d'autres sont en voie de formation. Elles prennent généralement naissance autour d'un orifice pilo-sébacé, et déterminent sur la peau des élevures semblables à celles que donne la chair de poule. D'ordinaire leur siège se trouve dans les régions les plus fournies de poils et sur les membres, surtout du côté où se fait l'extension, face antéro-externe de la cuisse, face postérieure de l'avant-bras. Leur durée est généralement longue, atteignant deux mois et quelquefois plus, et peu à peu elles disparaissent, après avoir passé par des teintes de plus en plus pâles.

Il est encore des malades chez lesquels on constate à côté de ces éléments des ecchymoses particulières, allongées et comme vergetées, des sortes de stries hémorrhagiques auxquelles on a donné le nom de *Vibices*.

Quelquefois enfin, on rencontre sur les téguments des bulles semblables à celles du pemphigus remplies d'une sérosité sanguinolente ; dans quelques cas, le raptus hémorrhagique peut même être assez abondant pour amener la formation de véritables petites phlyctènes sanguines. C'est ce que nous avons observé chez ce malade de l'observation IV, qui présentait à la face palmaire de chaque main de petites bulles remplies de sang.

II. *Hémorrhagies.* — En dehors de ces phénomènes qui se produisent du côté de la peau, il se fait du côté des muqueuses des hémorrhagies, hémorrhagies qui d'ordinaire accompagnent l'apparition des ecchymoses et des pétéchies, et qui peuvent même dans quelques cas les précéder. Elles se montrent souvent dans le cours d'une santé parfaite.

L'épistaxis est de toutes les hémorrhagies celle que l'on rencontre en général le plus fréquemment ; elle peut être très légère, mais parfois aussi elle a une durée prolongée, désespérante, résistant à tous les moyens hémostatiques ; chez un malade observé par Colliny (1), elle se prolongea durant 48 heures sans interruption. Dans l'observation de Fournier (de

1. Colliny: *Arch. gén. de médecine*, t. X, p. 210, 1836.

Bordeaux) résumée à la fin de ce travail, nous voyons son jeune malade présenter un « saignement de nez » qui dura 22 jours, et dont la quantité de sang put être évaluée approximativement à près de 90 grammes par jour.

Quand on examine la bouche d'autres malades, on aperçoit parfois, mais bien rarement, des gencives molles, fongueuses, saignant facilement au moindre contact, comme dans le scorbut, mais c'est généralement là une exception.

Le plus souvent, les gencives, le voile du palais, les joues restent saines; mais çà et là, on découvre, en les examinant avec un peu de soin, une, quelquefois plusieurs taches ecchymotiques, parfois de véritables bulles noirâtres, qui sont ou deviendront dans la suite les origines d'un suintement sanguin (Obs. IV). « Il est facile, dit Cazenave (1), de suivre sur les gencives surtout, la marche des phénomènes depuis la formation de la tache bulleuse jusqu'à la déchirure qui devient l'occasion d'une hémorrhagie. »

Plus rarement, on observera des hématémèses et du mœlena. Les hématuries et les hémoptysies sont extrêmement rares, mais s'observent cependant quelquefois. On a noté également des métrorrhagies, qui ont pu dans quelques cas donner lieu à des erreurs de diagnostic. M. Lenoble cite le cas d'une malade chez laquelle on alla jusqu'à pratiquer un curettage de l'utérus (Obs. XI).

1. Cazenave. *Gazette médicale des Hôpitaux*, 1851.

Ces hémorrhagies de sièges si divers se reproduisent à des intervalles irréguliers, et chez des sujets morts de purpura hémorrhagique, il n'est pas rare de trouver quelquefois des épanchements de sang dans tous les organes : peau, muscles, séreuses, foie, rate, etc..., et quelquefois aussi des infarctus hémorrhagiques viscéraux notamment dans les poumons.

Dans deux de nos observations à la fin de ce travail, l'une de Racle (Obs. XVII) nous voyons des épanchements sanguins se faire dans les méninges et déterminer chez la malade par suite de la compression des centres nerveux, des phénomènes de paralysie ou plutôt de parésie avec anesthésie. Dans l'autre, l'épanchement avait lieu au niveau de la fosse iliaque droite.

III. *Etat général.* — Si nous envisageons maintenant l'état général de ces malades, on peut trouver les deux extrêmes.

Il est des cas où cet état général est fort peu atteint, et où les malades supportent pour ainsi dire très bien la maladie, mais par contre, il est des cas tout à fait sérieux, et entre ces deux extrêmes il y a place pour toute une série de faits de moyenne intensité qui servent d'intermédiaires. Tantôt c'est au cours d'une santé parfaite qu'évoluent tous ces accidents, mais il n'est pas rare de voir des purpuriques accuser de la fatigue, des courbatures, des troubles digestifs, une certaine pesanteur dans la région du foie et des reins, de l'anorexie, de la constipation. Il en est qui ont horreur du moindre mouvement,

de l'exercice le plus léger ; l'abattement est extrême et ils manquent parfois totalement de courage. « Il est de ces malades, dit Bucquoy (1), qui ne peuvent se soulever de leur lit sans avoir des vertiges et des syncopes ; leurs membres inférieurs s'œdématient et quelquefois on constate même une certaine bouffissure de la face. La peau prend une teinte jaunâtre, qu'on a comparée à celle de la cire blanche qui a vieilli. Les sclérotiques sont bleuâtres et au niveau des orifices les muqueuses sont décolorées ». Ces accidents vont en général en augmentant à mesure que se développe la maladie et sont proportionnés à la fréquence des éruptions et à la quantité des hémorrhagies.

L'absence de tout phénomène concomitant est chose ici caractéristique : « Aucune sensation anormale, dit Marfan (2), ne révèle au sujet la formation des ecchymoses ; il n'existe la plupart du temps ni douleurs articulaires, ni troubles gastro-intestinaux » et l'examen des urines ne révèle d'ordinaire rien d'anormal. Mais ce n'est point là une règle absolue.

Il est cependant un fait qui a souvent, dans le cours des observations, attiré notre attention. Nous lisons dans tous les auteurs que dans le purpura hémorrhagique chronique « l'absence de fièvre est généralement de règle ». Il en est souvent ainsi en effet, mais nous croyons pour notre part que c'est là

1. Bucquoy. Thèse de Paris, 1855.
2. Marfan. *Médecine moderne*, 13 avril 1895.

une règle trop absolue et qui a besoin d'être revisée, car en même temps qu'il se fait une nouvelle poussée des phénomènes que nous avons signalés, il se montre également une légère poussée fébrile. Nous n'en prendrons pour preuve que l'observation V de MM. Bensande et Rivet (1). Il s'agit d'un enfant de 7 ans atteint de purpura hémorrhagique chronique et qui présenta trois crises en 12 mois, dont la dernière fut mortelle après plusieurs poussées subintrantes.

Pendant les 45 jours que la malade passa à l'hôpital et qui coïncidaient avec une poussée aiguë de purpura, deux fois seulement la température s'abaissa à 37°, le vingt-huitième et le trente-sixième jour. Elle atteignait son maximum le quatorzième jour avec 39°2, 39°1 au trente-neuvième jour, 39° au quarantième jour. Pendant toute le reste du temps, elle oscilla entre 37° 2 et 38° 6.

Nous pourrions encore prendre l'observation de Rathery comme preuve de ce que nous avançons. Chaque poussée de purpura était précédée d'un mouvement fébrile. Toutefois, ici, le fait est moins manifeste, puisqu'il s'agit d'un tuberculeux. Quoi qu'il en soit, nous croyons qu'il est injuste de dire que le purpura hémorrhagique chronique est apyrétique.

1. Bensaude et Rivet. *Archives gén. de méd.*, 15 janv. 1905.

FORMES CLINIQUES
DU PURPURA HÉMORRHAGIQUE CHRONIQUE

Le purpura hémorrhagique chronique présente dans son évolution diverses formes cliniques que l'on peut ranger en trois principales : une forme continue, une forme intermittente, enfin une forme à réveils à longs intervalles.

I. *Forme continue.* — Cette forme continue est caractérisée par la persistance de plusieurs des phénomènes morbides qui se sont manifestés lors d'une poussée de purpura hémorrhagique.

Les sujets chez lesquels on observe cette forme continue sont généralement des malades qui, ne sachant à quoi attribuer la faiblesse générale dont ils sont atteints, viennent demander du secours au médecin pour mettre un terme soit à leurs troubles gastro-intestinaux ou encore à leurs sensations de fatigue continuelle. On ne saurait prêter trop d'attention au récit des moindres détails de leur vie, et, en prenant quelque soin à les interroger, ils vous racontent qu'ils sont sujets parfois à de légères épistaxis à répétition survenant généralement avec irrégularité. Si on les examine, en divers points du corps, on constate de ci et de là des taches punctiformes,

d'autres fois des ecchymoses plus ou moins confluentes ou discrètes ; et dans cet interrogatoire on apprend souvent avec stupéfaction que depuis des semaines, des mois, et parfois même des années, ils ont continuellement de ces taches auxquelles ils se sont habitués à n'attacher aucune importance.

Ils vivent pour ainsi dire avec cet état de malaise continuel, jusqu'au moment où, sous l'influence d'une fatigue un peu plus grande ou d'un léger excès de travail, il se produit un phénomène anormal qui attire leur attention de ce côté ; ce sera généralement une légère épistaxis. Jamais chez ces malades nous n'observerons de poussées bien nettes avec tous les accidents qu'elles comportent. Notre attention ne sera attirée que par ces petits phénomènes qui se passent du côté de la peau, et que les malades, en raison de leur état antérieur, regardent avec une certaine bénignité. Et si, après leur sortie de l'hôpital, nous suivons de tels sujets, les tenant en observation continuelle, nous pourrons nous rendre compte qu'ils présentent d'une façon presque continue quelques-unes de ces manifestations que nous avons signalées, et qui ne se traduiront jamais par ces grandes crises du purpura hémorrhagique.

Cette disposition hémorrhagique peut rester longtemps stationnaire ; mais quelquefois aussi sous une influence encore mal connue, les ecchymoses pourront devenir plus nombreuses et de plus en plus larges, sans qu'il ne se fasse d'hémorrhagies par

aucune voie, et sans que l'état ordinaire de leur santé ne se trouve plus atteint que de coutume.

Comme exemple de cette forme chronique, nous ne pourrions mieux faire que de donner ici résumée, l'observation publiée dans le travail de MM. Bensaude et Rivet (Obs. XII).

OBSERVATION I (Inédite).

(Bensaude. Obs. XII résumée, *loc. cit.*).

Mme C. B..., 63 ans, rentière. La malade a cinq enfants bien portants. A sa troisième couche, il se déclara chez elle une péritonite. Depuis plusieurs années, elle se plaint de légères douleurs dans les jointures, et n'a jamais eu d'autres maladies. De nature très nerveuse, la malade a eu de violents chagrins. Actuellement, elle entend très mal des deux côtés.

Depuis 15 à 20 ans (il lui est impossible de préciser davantage), elle s'est aperçue de l'existence de « bleus » analogues à ceux produits par des coups. Ces ecchymoses apparaissent avec une coloration toujours noire, qui tourne ensuite au bleu, et elles s'effacent en jaunissant. Elles siègent sur les bras, les jambes, les cuisses et le ventre. A certains moments, elles apparaissent plus nombreuses ; il est des semaines cependant où elle n'en a pas du tout.

La malade avoue que ses gencives saignent très facilement au moindre contact de la brosse. Depuis sa jeunesse, elle a tou-

jours ou des épistaxis; elles étaient même quelquefois très violentes. Le dernier saignement de nez violent remonte à trois ou quatre ans. Jamais de pertes utérines abondantes, ni d'autres hémorrhagies.

La malade se plaint d'une très grande lassitude et éprouve une pénible sensation de fatigue. Cet été, elle a été presque dans l'impossibilité de marcher. Maintenant ses forces reviennent de nouveau.

II. *Forme intermittente.* — A côté de cette forme, il en est une seconde, infiniment plus fréquente. Nous voulons parler de la forme intermittente. Des nombreuses observations que nous avons pu nous procurer, il ressort que la diathèse hémorrhagique se révèle ici à des périodes plus ou moins éloignées par des crises aiguës de purpura hémorrhagique. Cette forme a une durée qui est fort variable, et elle présente ordinairement des périodes de rémission, pendant lesquelles le malade, sans avoir recouvré complètement la santé, peut être considéré comme guéri du purpura. Mais souvent dans l'intervalle qui sépare deux crises, la santé peut être légèrement atteinte et l'on peut assister quelquefois à des phénomènes larvés, sorte d'ébauche des grandes poussées.

Ces grandes poussées peuvent, fait singulier, se montrer à des intervalles parfaitement réguliers. Trousseau (1) nous cite le cas d'une femme de 34 ans, bien réglée, qui présentait à chaque époque menstruelle une éruption ayant tous les caractères du

1. Trousseau. *Gazette des Hôpitaux*, p. 570, 1846.

purpura hémorrhagique ; elle se renouvelait chaque mois depuis un an et durait une dizaine de jours. Cazenave (1) cite également un cas observé dans sa Clinique : une jeune fille, non encore réglée et bien portante, voyait aux époques menstruelles, se former aux bras et aux mains de larges plaques saillantes qui se couvraient d'une sorte d'exsudation sanguine.

Mais ordinairement il n'en est pas ainsi, et entre chaque poussée on note des périodes de temps fort irrégulières.

Ces grandes crises ne diffèrent généralement en rien par elles-mêmes des grandes poussées du purpura hémorrhagique, et on y observe en général les mêmes symptômes avec tous leurs caractères : fréquentes hémorrhagies, épistaxis violentes ou stomatorrhagies douloureuses et rebelles.

Mais il est ici un point par lequel ces crises semblent différer un peu de la forme classique aiguë que nous décrivent les auteurs. C'est qu'il s'y joint fréquemment un certain mouvement fébrile. « La fièvre peut s'allumer, dit Mathieu (2), et même présenter une intensité assez grande ». Nous l'avons notée, en effet, un certain nombre de fois, mais elle paraît généralement secondaire, contrairement à ce qui se passe dans les purpuras d'origine infectieuse, ou dans certains cas de purpura rhumatoïde.

Après un temps plus ou moins long, prolongé parfois par des poussées subintrantes, tout rentre dans

1. Cazenave. *Gazette des Hôpitaux*, p. 358, 1851.
2. Mathieu, Thèse de Paris, 1883.

l'ordre, et l'affection passe à sa phase latente. De cette poussée aiguë, les malades n'emportent qu'un peu de fatigue, de malaise général. Leur santé revient bientôt à ce qu'elle était avant la crise, et l'on pourrait considérer la maladie comme terminée.

Pendant cette période de latence, il peut se produire aussi des phénomènes qui doivent attirer spécialement notre attention. Il arrive fréquemment que sous l'influence du moindre traumatisme, il se développe, par exemple, des ecchymoses. Bateman, cité par Cazenave (*loc. cit.*), a vu une malade chez laquelle il suffisait de la moindre pression du doigt sur un point quelconque des téguments pour produire une pétéchie.

Bientôt, de nouvelles poussées se reproduisent, et peu à peu, après un certain nombre de ces crises aiguës, sans vouloir parler ici de progrès de la maladie, l'affection peut également finir par emporter le malade.

MM. Bensaude et Rivet ont donné une observation typique à forme intermittente. En la résumant ici, nous croyons qu'elle pourra donner une idée beaucoup plus large de l'évolution de cette forme clinique.

OBSERVATION II (Résumée).

(Bensaude et Rivet. *Arch. gén. de Médecine*, 24 janv. 1905).

Purpura hémorrhagique chronique à poussées répétées ; cinq poussées en 3 ans, la dernière mortelle.

M. B..., 34 ans, commis dans une maison d'étoffes. Sujet à des bronchites légères. Troubles dyspeptiques. Le malade avoue de fréquents excès génitaux.

Première crise hémorrhagique. — En juin 1899 hémorrhagies multiples. Ecchymoses, pétéchies ; gencives saignantes et fongueuses ; vaste ecchymose sur les amygdales.

Deuxième poussée. — Fin août ; très légère poussée hémorrhagique du côté des muqueuses et de la peau.

Troisième poussée. — 17 octobre 1900. Poussée légère.

Quatrième poussée. — 6 juin 1902 ; le malade est atteint de blennorrhagie ; hémorrhagies uréthrales, vésicales et rénales. Cette poussée cesse le 19 juin 1902.

Cinquième poussée. — Mort le 7 octobre 1902. Zone ecchymotique autour d'un furoncle du cou. Fièvre peu élevée. Etat général très grave. Soupçons de pleurésie. Dans la nuit du 7 au 8 octobre, hémoptysie très abondante qui dure 2 heures. Le 8, trois hémoptysies dans la journée, mais moins abondantes ; nombreuses ecchymoses et pétéchies. Il se développe un phlegmon érysipélateux autour du furoncle. Fièvre peu élevée. Mort le 10 octobre 1902.

III. *Forme à réveils à longs intervalles.* — Il est une forme, croyons-nous, qui peut prendre place à côté de ces deux formes cliniques ; c'est une forme dans laquelle des réveils se font à des périodes de temps considérables. Nous devons ajouter cependant que les observations concernant ce troisième type clinique sont excessivement rares.

Il s'agit ici de malades ayant présenté une première fois une poussée de purpura hémorrhagique, et qui voient, sous une influence encore inconnue et après une période de latence fort longue, se développer chez eux de nouveau des phénomènes purpuriques. Pendant toute cette période de calme, on ne constate rien d'anormal, ni du côté de la peau, ni du côté des muqueuses ; pas d'ecchymoses, pas d'hémorrhagies.

Sans faire de grandes recherches bibliographiques, nous avons pu cependant en recueillir trois observations.

Gastou (1) a donné l'observation d'un malade atteint de tuberculose pulmonaire chronique avec cavernes bilatérales, qui présenta deux crises de purpura hémorrhagique à quatre années d'intervalle. Le malade mourut à la deuxième poussée.

M. Milliard a également donné l'observation d'une dame de 57 ans, qui eut en 1897 une première poussée de purpura hémorrhagique d'une durée de 9 mois. En septembre 1904, c'est-à-dire après huit années

1. Gastou, cité par Robert. Thèse de Paris, 1904.

de latence absolue, deuxième poussée d'une durée d'environ deux mois. La malade guérit (1).

Pour bien montrer le caractère de cette forme à réveils à longs intervalles, nous donnerons ici une observation inédite :

OBSERVATION III (Inédite)

(Due à l'obligeance de M. le professeur Hayem).

(Résumée dans le travail de MM. Bensaude et Rivet. Obs. VIII).

Purpura hémorrhagique mortel chez une femme de 37 ans, ayant eu dix-sept ans auparavant un syndrome analogue.

Marie L..., âgée de 38 ans, cuisinière, entre à l'hôpital Saint-Antoine le 18 avril 1900, salle Moïana, lit n° 23.

Antécédents héréditaires. — Père et mère bien portants ; la malade a eu quatre frères et sœurs dont l'un est mort en bas-âge de la rougeole ; les trois autres sont bien portants.

Antécédents personnels. — La malade n'a pas d'enfant ; elle a fait une fausse couche de trois mois à l'âge de 19 ans, à la suite d'une chute.

A l'âge de 12 ans, la malade a eu la rougeole qui n'avait pas le caractère hémorrhagique. Elle fut réglée vers la même époque ; ses règles reviennent toujours à intervalles réguliers, et sont très abondantes.

1. Millard. Soc. méd. des hôpitaux, 12 février 1897. Voir la seconde partie de l'observation dans *Arch. gén. de Médecine*, 24 janvier 1905.

A l'âge de 21 ans, la malade a eu des douleurs rhumatismales dans les grandes articulations des membres supérieurs et inférieurs, qui durèrent trois semaines et furent soignées à l'hôpital Saint-Antoine.

A ce moment, elle eut une métrorrhagie abondante et des pétéchies rouges généralisées sur tout le corps.

Cette éruption erratique et fugace disparut complètement au bout de deux mois. De plus ses gencives saignaient souvent.

La maladie actuelle a commencé depuis dix jours. La malade eut ses règles pendant la première semaine d'avril ; ses règles furent suivies d'une métrorrhagie abondante et durèrent sept jours; elles recommencèrent après un court intervalle, et depuis huit jours la malade perd énormément de sang. En même temps, l'appétit a diminué, et les forces ont décliné.

Etat actuel. — La malade présente une éruption généralisée de purpura, siégeant surtout sur les membres inférieurs, au niveau des cuisses, sur le ventre et sur les flancs. On trouve quelques éléments isolés sur la nuque ; le dos est presque complètement indemne; sur les bras l'éruption commence à pâlir. Elle se compose de petits éléments (pétéchies) arrondis ou ovalaires, mesurant le diamètre d'une tête d'épingle, de coloration rouge foncé, ne disparaissant pas sous la pression du doigt, et présentant généralement un petit point clair au centre. Ces taches, en disparaissant, conservent le même caractère ombiliqué, ainsi qu'une coloration jaune.

La malade présente en outre de larges taches ecchymotiques, dont une seule siégeant sur le coude gauche reconnaît pour cause un traumatisme ; les autres sont spontanées et siègent sur le bras droit ; au-devant des tibias elles ont une couleur jaune

verdâtre ; sur le sein gauche, une autre à coloration violacée qui passe au jaune verdâtre sur la périphérie.

Cette éruption a paru depuis quatre jours, en même temps que la métrorrhagie.

Appareil digestif. — La langue est sale et humide. L'appétit est revenu ; la malade n'a pas de troubles gastro-intestinaux ; elle est cependant un peu constipée. Jamais elle n'a eu de sang dans ses selles. Le foie ne déborde pas les fausses côtes. La rate n'est pas perceptible à la percussion.

Appareil respiratoire. — La malade ne tousse pas ; les poumons sont normaux à la percussion, à la palpation, ainsi qu'à l'auscultation.

Appareil circulatoire. — Les bruits du cœur sont bien frappés à la pointe. A la base et à l'orifice pulmonaire on perçoit un léger souffle. Dans les vaisseaux du cou on perçoit un léger frémissement cataire.

Appareil génito-urinaire. — La malade a toujours des métrorrhagies abondantes qui ont nécessité un tamponnement vaginal. L'urine de la malade, quand on peut se la procurer, n'est pas mélangée de sang et ne contient pas d'albumine.

La malade est très grosse, le facies bien coloré.

La fièvre est peu intense et ne s'élève pas au-dessus de 38°6. La malade n'a pas de maux de tête et dort bien. On ne relève pas chez elle d'habitudes alcooliques bien marquées.

Examen du sang. — Le sang recueilli dans une éprouvette ne se coagule pas comme le sang normal, de façon à présenter le sérum et le caillot après 24 heures ; il se prend en gelée.

Les yeux de la malade sont atteints d'une légère blépharite ; le matin au réveil, les paupières sont souvent agglutinées.

Le 4 mars, on observe une légère stomatorrhagie. Les

métrorrhagies ont cessé. Elles reprennent le 10 mai. La malade très pâle et très lasse quitte l'hôpital le 14 mai.

Enfin, à côté de ces trois formes principales, peut-être pourrait-on en décrire une dernière ; mais elle est d'une extrême rareté. C'est une forme alternante. Fournier (de Bordeaux) a « remarqué chez un purpurique (Obs. VII) que les saignements de nez étaient d'autant plus rares que les tumeurs sanguines se montraient plus souvent ». On peut observer en effet, chez certains malades une véritable alternance des crises hémorrhagiques muqueuses ou viscérales avec l'éruption purpurique qui disparaît quand apparaissent ces grandes hémorrhagies (Lenoble Obs. XIX., Bensaude et Rivet, Obs. IV et VI. *loc. cit.*).

Il existe quelques faits assez rares et assez intéressants à connaître, pour que nous les rapportions ici. Rathery cite le cas d'un malade qui présenta avant et après une variole plusieurs poussées successifs de purpura hémorrhagique ; l'une de ces poussées coïncida même avec le début de la variole et cependant celle-ci ne revêtit pas le caractère hémorrhagique (Obs. IX).

Lasègue cite un cas analogue. Une variole éclata chez un de ses malades cinq à six semaines après la guérison du morbus maculosus ; il n'y eut aucune complication hémorrhagique.

M. Lenoble nous donne l'observation d'un purpurique chez lequel se déclara un érysipèle ; celui-ci évolua sans que la maladie prit un caractère hémorrhagique (Obs. IX).

ETIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

Parmi les causes prédisposantes de cette affection, il semble que l'âge ait une certaine influence. On observe, en effet, cette affection plus fréquemment chez les enfants. Mais elle n'est point rare chez les adultes, ni même chez les vieillards.

« Il faut rechercher, dit Mathieu (*loc. cit.*), les antécédents personnels, héréditaires et collatéraux des purpuriques. On retrouve souvent chez eux ou dans leurs familles des hémorrhagies faciles, et sans avoir affaire à de véritables « saigneurs », on peut retrouver une tendance hémophilique évidente, se traduisant par du purpura ou des hémorrhagies ».

Nous ne contestons nullement cette remarque de M. Mathieu en ce qui concerne les autres variétés de purpura, mais nous ne savons encore rien de précis sur l'étiologie et la pathologie du purpura hémorrhagique chronique.

Quelquefois cependant il arrive que des malades attribuent leur état morbide à des circonstances extérieures. Les causes le plus souvent invoquées sont tantôt le froid, l'humidité, tantôt un traumatisme, un chagrin, une frayeur, quelquefois enfin une fatigue excessive.

Il n'est pas impossible, en effet, qu'il se développe sous ces influences et chez certains sujets des manifestations purpuriques qui seraient ici une conséquence exagérée des troubles vaso-moteurs. Il faut aussi reconnaître que ces malades étaient déjà atteints auparavant dans leur santé, mais bien souvent aussi nous en trouvons qui étaient ou se croyaient très bien portants.

Dans un certain nombre d'observations concernant des cas de purpura aigu ou chronique, on a pu invoquer comme causes adjuvantes ou efficientes, des intoxications par divers agents, et notamment l'alcoolisme. M. Robert l'a noté deux fois dans ses observations. Nous ne pouvons que souscrire à cette hypothèse, puisque nous aussi nous avons relevé ces habitudes alcooliques dans les antécédents héréditaires ou personnels de certains de nos malades.

Depuis longtemps on a aussi été frappé par la fréquence des hémorrhagies qui se manifestaient chez les hépatiques. Et peut-être, vu la chronicité de ces hémorrhagies, pourrions-nous nous demander s'il n'y a point là une explication des phénomènes chroniques que nous avons observés ? « Il s'agirait alors, disent MM. Bensaude et Rivet, de malades ayant des lésions latentes, lésions qui pourraient se révéler à l'occasion d'une cause accidentelle quelconque sous forme d'hémorrhagies ».

MM. Sortais (1) et Apert (2) se sont attachés à

1. Sortais. Thèse de Paris, 1896.
2. Apert. Thèse de Paris, 1897.

mettre en lumière ces altérations hépatiques dans le purpura.

Pour ce dernier auteur, lorsqu'il y a lésion du foie, le purpura prendrait même le type de purpura hémorrhagique à grandes ecchymoses. Ces lésions hépatiques préexisteraient ou seraient contemporaines de l'éruption et par conséquent relèveraient d'une même cause pathogénique. Tout récemment, M. Grenet (1) s'est livré à de multiples expériences sur des lapins. Il a reconnu que l'altération seule du foie ne pouvait suffire à provoquer le purpura. Il eut alors recours à un autre moyen. Il fit une ligature du pédicule hépatique d'une durée de 20 minutes. Au bout de 24 heures, on pouvait constater au niveau du foie, une dilatation des veines sus-hépatique et porte, de grosses hémorrhagies dans l'intérieur du lobule et de la dégénérescence graisseuse des cellules avoisinant les veines sus-hépatiques. Les animaux chez lesquels il provoquait de telles lésions se rétablissaient rapidement et il injectait alors dans leur moelle des préparations de sang de purpurique. Chez tous les lapins qui survécurent à cette injection intramédullaire, il constata des hémorrhagies cutanées, caractérisées par des ecchymoses et des pétéchies. Il put même produire des pétéchies à la surface des muscles et des ecchymoses viscérales ; une seule fois, il put provoquer le sphacèle d'une plaque ecchymotique, et dans une autre

1. Grenet. Thèse de Paris, 1905.

expérience, deux poussées de purpura au moyen de deux de ces injections faites à plusieurs jours d'intervalle. Mais jamais il ne réussit à reproduire un purpura avec hémorrhagies des muqueuses.

Ce sont là assurément des hypothèses et des expériences bien attrayantes. On peut cependant en tenir compte pour l'interprétation de la pathogénie de toutes les variétés de purpuras.

De fait, on trouve chez un certain nombre de malades des signes d'insuffisance hépatique. Nous avons pu constater en effet dans un cas de purpura chronique d'une durée de trois ans, une très petite quantité d'urobiline dans les urines de la malade. MM. Bensaude et Rivet ont également pu relever dans deux de leurs observations quelques légers phénomènes hépatiques, mais sans troubles notoires, ni signes d'insuffisance du foie.

On a aussi parlé, et M. le professeur Hayem en a été à la fois l'instigateur et l'un des principaux défenseurs d'intoxications et de toxi-infections chroniques, ayant pour origine le tube digestif. Cet auteur a constaté en effet chez un certain nombre de purpuriques des lésions stomacales, de la dilatation de l'estomac, des altérations du chimisme gastrique sans troubles fonctionnels. Tous les accidents que l'on observe résulteraient alors d'infections ou d'intoxications qui se produiraient à la faveur de ces lésions gastriques ou intestinales, et qui iraient ensuite jeter des troubles parmi les éléments du sang.

Cette théorie renferme assurément une grande part de vérité, et, de fait, par leur étiologie, ces formes chroniques se rapprocheraient singulièrement d'une affection toute voisine, le scorbut. Il n'est donc pas impossible qu'il en soit ainsi, et, dans les observations que nous donnons ci-contre, nous relevons en effet fréquemment des troubles gastro-intestinaux, de l'anorexie, des digestions difficiles et douloureuses. Aiello (1) cite le cas d'un jeune soldat chez lequel une éruption purpurique coïncida avec des troubles digestifs (anorexie, diarrhée, vomissements) ; les deux phénomènes oscillèrent parallèlement pendant quelques jours ; les taches devenaient d'autant plus abondantes que l'état du tube digestif s'aggravait davantage et inversement.

D'un autre côté, on a recherché si ces manifestations purpuriques ne résulteraient point de manifestations microbiennes ; et de ce fait un certain nombre de bactériogistes se sont mis à l'œuvre ; chacun a voulu y trouver un microbe particulier et spécifique. La liste en est déjà longue. Citerons-nous le monas hemorrhagica de Klebs ainsi qu'un certain nombre d'autres microbes déjà connus ? Il s'agissait plutôt dans ces différents cas d'infections pneumococciques ou streptococciques compliquées d'hémorrhagies et de purpura. Cependant parmi eux il en est un qui attire spécialement l'attention, c'est le microbe de Letzerich (micrococcus purpuræ

1. Aiello. *Riforma medica*, 1894.

hemorrhagicœ) semblable à la bactérie du charbon. L'on sait que Letzerich fait du purpura qu'il compare à la syphilis ou à la malaria, une maladie infectieuse chronique avec phase aiguë hémorrhagique pouvant entraîner la mort, et que lui-même, quelques années après la découverte de son microbe, fut atteint de purpura et retrouva son microbe dans son propre sang.

Malgré ces découvertes, nous ne pouvons encore souscrire à ne voir dans les cas observés que l'œuvre d'un microbe spécifique, car l'on sait également que dans certaines conditions il est des microbes vulgaires qui jouissent de propriétés hémorrhagipares. MM. Bensaude et Rivet se sont attachés à rechercher s'il n'existait pas chez un certain nombre de leurs purpuriques quelque infection microbienne. Ils ont pour cela pratiqué de multiples ensemencements sur milieux à aérobies et à anaérobies, et dans une dizaine de cas sur trente-trois malades, ils ont trouvé des signes nets de tuberculose.

Il semble, en effet, qu'il existe certains rapports entre la tuberculose et les formes chroniques du purpura hémorrhagique ; et parmi les quarante observations que nous avons sous les yeux, il existe un certain nombre de cas où nous devons noter la tuberculose parmi les antécédents personnels héréditaires ou collatéraux des malades.

Tantôt la manifestation purpurique est le résultat de l'action sur la peau ou les centres nerveux des toxines tuberculeuses ; tantôt au contraire, mais

beaucoup plus rarement, croyons-nous, elle ouvre la porte au bacille de Kock en mettant l'organisme en état de réceptivité.

Le purpura se montre surtout à la fin de l'évolution tuberculeuse, et il apparaît quand le malade est arrivé à un degré de cachexie assez avancé. C'est un phénomène grave qui n'est, en somme, que l'indice d'une déchéance profonde de l'état général.

Le purpura peut encore se montrer et faire son apparition avant que nos moyens d'investigation ne nous aient permis de constater les premiers symptômes de la manifestation bacillaire. Il nous faut donc écouter Rendu (1), quand il dit : « Certains cas de purpura du poignet et du dos de la main m'ont fait parfois soupçonner la tuberculose ».

Buisine (2) nous rapporte l'observation d'une jeune fille de 15 ans, chez laquelle un purpura avec hématurie et stomatorrhagie se développa six mois avant que l'on pût constater des signes nets de tuberculose ; cette jeune fille mourut six mois après. Et cet auteur ajoute : « On trouve souvent à l'autopsie des malades des lésions anciennes de tuberculose qui existaient assurément avant l'éclosion des hémorrhagies ; ces lésions ne siègent pas toujours aux poumons ».

Le purpura hémorrhagique peut donc apparaître à toutes les phases de l'infection bacillaire, et c'est ce qu'a montré M. Robert dans sa thèse. Mais c'est

1. Rendu. Soc. méd. des hôpitaux, 1894.
2. Buisine. Thèse de Bordeaux, 1892.

surtout au cours d'une tuberculose chronique qu'il se montre, à plusieurs reprises même, affectant comme cette tuberculose une forme chronique, disparaissant parfois complètement dans l'intervalle qui sépare deux crises et faisant une réapparition lors de chaque poussée aiguë de tuberculose. L'observation de Rathery publiée plus loin en est un exemple intéressant.

Ce sont là évidemment des faits dignes d'intérêt et que l'on doit connaître. En présence d'un purpura hémorrhagique ou autre, nous devrons toujours penser à la tuberculose, et bien souvent nos soupçons seront justifiés. Mais nous ne pouvons conclure encore de quelques faits isolés à la généralité des cas, car il en est certainement de nos purpuriques qui ne sont pas tuberculeux. Cette question de rapports entre la tuberculose chronique et les formes chroniques du purpura hémorrhagique n'est donc, en somme, qu'un champ encore ouvert aux hypothèses, puisque nous ne pouvons rapporter tous les faits et observations à l'infection bacillaire, soit latente, soit confirmée.

L'étiologie et la pathogénie des formes chroniques du purpura hémorrhagique sont donc encore entourées d'une grande obscurité. Il est probable que beaucoup de causes peuvent se surajouter, se combiner de diverses manières, pour produire le maximum d'effet chez un individu. Cette pathogénie du purpura hémorrhagique à forme chronique pourrait

alors être considérée comme une résultante d'actions morbides très complexes.

Quoiqu'il en soit, bien que beaucoup d'auteurs considèrent cette forme chronique comme rare, nous sommes convaincus que c'est là une maladie plus commune qu'on ne croit généralement. Il ne faut donc pas considérer nos observations comme des observations d'affections rares, car nous sommes persuadés que nombre de malades atteints de purpura hémorrhagique aigu, une fois leur poussée aiguë terminée, n'en sont pas moins restés des malades, et par conséquent, sujets à récidives.

DIAGNOSTIC

En présence de malades présentant tous les symptômes que nous venons d'énumérer : ecchymoses, pétéchies, hémorrhagies muqueuses ou viscérales, il est en général facile de porter le diagnostic de purpura hémorragique. Mais il est une autre source de renseignements tout aussi précieux, que nous ont fait connaître M. le Professeur Hayem et son élève M. Bensaude. C'est l'examen du sang.

Le sang présente en effet des altérations, et « il est possible, dit cet auteur, que l'état de ce sang dans cette affection soit sous la dépendance d'un vice dans l'élaboration des matériaux nutritifs, ou de l'introduction dans le sang, sous l'influence d'un trouble digestif, de substances toxiques capables d'entraîner la modification des hématoblastes, et peut-être la formation de coagulation par précipitation », précipitation capable d'oblitérer et consécutivement de déterminer une rupture des capillaires.

Ces modifications du sang sont les suivantes.

1° Une diminution du nombre des hématoblastes et l'augmentation de volume de ceux qui persistent.

2° Diminution générale des globules rouges.

3° Pas de leucocytose ou leucocytose légère, non constante.

4° Diminution de la valeur globulaire.

5° Coagulabilité normale.

6° Enfin, l'absence de rétraction du caillot et de transsudation du sérum après la coagulation du sang.

M. Lenoble, tout récemment, a insisté sur la réaction myéloïde qui devrait être exigée dans tous les cas de purpuras authentiques, du moins au moment des poussées aiguës. Mais la présence des hématies nuclées est un phénomène inconstant, en rapport selon M. le Professeur Hayem, avec le degré de l'anémie.

Si l'on omet cet examen du sang, et si les malades, au lieu de présenter tout cet ensemble symptomatique que nous avons décrit, ne présentent que quelques hémorrhagies fréquentes, il est des cas qui pourront prêter à confusion, et on attribuera bien souvent à tort ces phénomènes à l'hémophilie.

Mais nous devons dire qu'il existe entre ces deux affections des différences bien tranchées : « L'hémophilie, dit M. le professeur Hayem, est une maladie familiale, caractérisée au point de vue hématologique par la diminution de la coagulabilité du sang et la production d'hémorrhagies à l'occasion des moindres blessures ». Nous ne trouvons rien de tel dans le purpura hémorrhagique.

Le scorbut peut également égarer notre diagnostic et prêter à confusion, mais il est facile, malgré la

présence d'hémorrhagies par les gencives de rejeter cette hypothèse en présence de malades à l'abri des causes ordinaires de cette maladie. Il sera également facile de distinguer les ecchymoses qui résulteraient de mauvais traitements. L'erreur a parfois été commise, surtout chez les enfants. Le cas publié par M. le Dr Descouts, en 1895, à la Société de médecine légale de France en est un exemple instructif, et on conçoit l'importance qu'acquiert cette question au point de vue médico-légal. En conséquence, il faudra donc examiner soigneusement la muqueuse buccale et voir s'il n'y existe pas quelques pétéchies ou quelques bulles de sang coagulé, noirâtre, ce qui ne s'observe que dans le purpura hémorrhagique. Tenir le malade en observation quelques jours, sera alors le meilleur moyen de diagnostic.

PRONOSTIC ET DURÉE

On ne peut parler de guérison certaine, en présence d'une telle affection, à poussées aiguës, indéfinies. Sa durée varie dans de trop grandes limites ; elle peut être de quelques mois mais elle peut atteindre également de longues années ; et c'est ainsi que l'on voit chez certains malades l'affection récidiver après cinq, dix et même quelquefois quinze ans comme dans l'Observation III. Chez ceux présentant la forme continue, il en est de même, et l'on peut assister à une persistance indéfinie des phénomènes que l'on a observés pour la première fois.

Il nous faut donc conclure avec M. le professeur Hayem qu'il existe chez ces malades une véritable diathèse hémorrhagique.

La guérison peut cependant avoir lieu, quelquefois spontanément, ou quand les malades sont convenablement traités. Et de fait il est des améliorations indiscutables et qu'on ne peut contester. Mais ce n'est point là un fait constant.

Connaissant la longueur ordinaire des périodes de latence, on ne peut affirmer chez certains sujets une guérison absolue. Un grand nombre d'auteurs nous disent, en parlant du purpura hémorrhagique

aigu, que c'est une maladie bénigne. Il est difficile d'appliquer ce mot de bénignité à une maladie dont la durée est trop souvent indéterminée et qui peut donner lieu à des réveils parfois si terribles.

Nous sommes donc obligés de conclure qu'il s'agit là d'une affection grave, tant par l'incertitude qu'elle laisse sur ses suites que par l'altération profonde de la santé qui en est la conséquence. Si le malade peut arriver à se rétablir, ce ne sera souvent qu'après une temps excessivement long, et même encore après cette guérison, il peut rester sous l'imminence d'une récidive plus ou moins lointaine.

Nous devrons donc apporter quelques réserves dans le pronostic, car on peut également voir des malades succomber au cours d'une poussée aiguë (Obs. VIII et XIV).

L'emploi du chlorure de calcium à la dose de un à deux grammes par jour a été vivement conseillé par divers auteurs. Nous l'avons essayé chez le petit malade de l'observation IV et pour notre part nous devons ajouter que le résultat obtenu a été peu satisfaisant pour ne pas dire nul. M. Bensaude a alors employé l'adrénaline à la dose de 1 pour 1000 en injections (demi seringue de Pravaz chaque fois); nous ne pouvons encore nous prononcer définitivement sur les bénéfices qu'il semble en avoir recueilli.

OBSERVATIONS

OBSERVATION IV (Personnelle).

Purpura hémorrhagique continu.

(Malade observé avec MM. Bensaude et Rivet).

R... André, âgé de 9 ans et demi. Père alcoolique mort à la suite d'un accident. Mère rhumatisante souffrant tous les hivers de douleurs articulaires attribuées à des excès de fatigue, ayant eu une pneumonie d'une durée de deux mois à l'âge de 15 ans et porteur depuis très longtemps d'une hernie.

Le malade a eu 8 autres frères ou sœurs qui sont tous morts e bas-âge, l'un du croup, un autre subitement de convulsions internes (?), sauf l'aîné qui atteignit l'âge de 20 ans et fut tué dans un accident de chasse, et une sœur, aujourd'hui âgée de 17 ans, bien portante, mariée et mère d'enfants bien portants.

Antécédents personnels. — Cet enfant a été opéré d'une hernie à l'âge de deux mois et a toujours joui d'une bonne santé jusqu'en janvier 1904. A cette époque, il eut des saignements de nez qui nécessitèrent des tamponnements ; le sang tombait alors dans la bouche, d'où le malade le rejetait en vomissant. Ces épistaxis durèrent environ deux mois et se répétèrent, incessants et d'une extrême abondance, à n'importe quel moment de la journée, nécessitant parfois des tamponnements bi-quotidiens. Le malade s'alita dès le premier jour de sa maladie et tomba dans un état d'anémie extrême.

Sur le corps apparurent en même temps et dès le début de la maladie de nombreuses taches purpuriques, des ecchymoses, qui changèrent fréquemment de siège.

Malgré ces taches, l'enfant revenait peu à peu à la santé, les épistaxis ayant cessé, quand, le 2 juillet 1904, des saignements de nez tout aussi abondants que les premiers apparurent, et durèrent une quinzaine de jours. Le malade crachait du sang, et ses gencives saignaient au moindre contact. Le même traitement fut réappliqué : tamponnement des fausses nasales, pilules de quinquina et de fer, sérum artificiel jusqu'à deux fois par jour.

Etat actuel. — 18 novembre 1904. — Enfant en apparence bien portant, quoique un peu anémié.

A l'inspection, quelques petites pétéchies au-dessous de l'œil droit et derrière les deux oreilles. Rien au cou. Quelques rares pétéchies sur le devant et à la partie supérieure de la poitrine. Rien au dos.

Toute la fosse iliaque droite jusqu'au pli de l'aine est occupée par une vaste ecchymose tout à fait superficielle, non saillante, mesurant 10 centimètres de long sur 5 de large.

Sur le membre inférieur droit, une vaste ecchymose à la face interne de la cuisse mesurant 7 centimètres sur 4 de large et à bords très irréguliers. Trois petites ecchymoses en voie de disparition à la face externe. Enfin une autre à la face interne du genou, grande comme une pièce de un franc. A la jambe droite quelques rares pétéchies en voie de disparition et une petite ecchymose vers le 1/3 inférieur, juste au-dessus de la ligne de pression de la bottine. Au pied, quelques pétéchies.

Membre inférieur gauche présente trois vastes cicatrices encore un peu douloureuses et résultant d'un abcès consécutif

aux injections de sérum artificiel. A la face interne de la cuisse ainsi qu'à la face externe, de petites ecchymoses et quelques petites pétéchies en voie de disparition. Toute la partie interne du genou est occupée par une vaste ecchymose qui semble circonscrire la rotule. A la partie moyenne de la face interne de la jambe, une ecchymose à bords très irréguliers, s'étendant sur une hauteur de 8 centimètres et limitée en bas par le rebord de la bottine. A la face externe et en partie sur le mollet, une ecchymose trés allongée. Rien au pied.

Au membre supérieur gauche quelques rares pétéchies très petites à la face externe. A la face externe du coude une ecchymose bien saillante formant une véritable bosse sanguine mesurant 7 centimètres de long sur 4 de large.

Membre supérieur droit. — A la face externe du bras, vers la partie supérieure du biceps, une petite lentille hémorrhagique ; au-dessus du coude à la face postérieure du bras, une ecchymose de la grandeur d'une pièce de 1 franc.

Muqueuses. — Quelques suffusions sanguines très petites sur les lèvres, les gencives, ainsi qu'à la base de la luette et à la limite membraneuse et osseuse du voile du palais.

Examen des autres organes. — Un peu de toux et légère expectoration le matin. Rien aux poumons ni en avant ni en arrière. Rien au cœur. Pouls 80.

Appétit bon. Pas de langue sale, ni de vomissements. Pas de douleurs articulaires. Le foie et la rate ne sont pas augmentés de volume. Pas de fièvre. Légère fatigue le soir.

On lui fait ce jour une piqûre pour l'examen du sang : on n'y trouve rien d'anormal.

7 décembre 1904. — Nous revoyons le malade. Sa mère nous raconte qu'il mouche tous les matins quelques filets de sang.

Autour de l'œil gauche, quelques petites pétéchies ; celles qui existaient sous l'œil droit persistent encore.

A l'examen de la bouche, on aperçoit sur la langue et à la partie interne des joues quelques petites fongosités se détachant facilement ; on y constate également quelques extravasations sanguines, mais très petites.

A la partie supérieure et antérieure du thorax, un semis de très fortes pétéchies.

On lui fait ce jour une injection d'un quart de centimètre cube d'adrénaline à 1 pour 1000.

Vers le 15 décembre, nous nous sommes rendus au domicile du jeune R... qui venait d'avoir une abondante épistaxis. La quantité de sang qu'il avait perdu avait été évaluée à trois quarts de litre environ. Le malade était dans un état d'anémie extrême. On remarquait une certaine bouffissure du visage et des ailes du nez. M. le Dr Proste qui le soignait, avait été contraint de lui faire le tamponnement des fosses nasales.

2 *février 1905*. — Le malade revient nous voir à l'hôpital Saint-Antoine. Sa mère nous apprend qu'il va tous les jours à l'école. Sur le corps, les ecchymoses se sont un peu modifiées, mais sans grand changement ; il en est qui disparaissent, d'autres, au contraire, naissent incessamment. A la face palmaire de chaque main, quelques phlyctènes grosses comme une tête d'épingle. Quelques bulles sanguines dans la bouche et à la face interne des joues. Quelques pétéchies sous l'œil droit. Les ecchymoses qu'on observe sur les téguments sont généralement moins grandes qu'auparavant.

Depuis la dernière fois que nous avons vu le malade, les hémorrhagies n'ont plus reparu. Mais il tousse un peu les

matins pendant 5 minutes environ et il mouche encore de temps à autre quelques filets de sang.

On lui a fait depuis le 2 décembre une dizaine d'injections d'adrénaline.

L'examen aux rayons X, fait par M. Béclère à l'hôpital Saint-Antoine, montre de l'adénopathie médiastine, mais assez légère. Il y a de plus, une légère obscurité du premier espace intercostal gauche. La partie moyenne de l'espace claviculaire médian reste obscure.

Le 23 mars 1905, nous avons revu l'enfant. Sa mère nous raconte que le 21 et le 23 mars, il eut une épistaxis qui dura environ une heure chaque fois, et qu'on dut lui faire des tamponnements du nez avec des mèches de gaze imprégnées d'eau oxygénée.

L'enfant présente quelques pétéchies, sur la lèvre inférieure et à la face interne des joues, de la grosseur d'une tête d'épingle.

Le malade présente aussi quelques ecchymoses sur les téguments, surtout à la partie supérieure et antérieure du bras et de l'épaule gauche.

Etat général bon et satisfaisant.

Depuis le 2 février, l'enfant continue à prendre de la liqueur de Fowler (V gouttes tous les jours).

Le malade est toujours en cours d'observation.

OBSERVATION V (1).

(Wiechel. Thèse inaugurale de Greiswald, 1897).

Hermann S..., âgé de 23 ans, domestique à Bonn. Parents bien portants et vivants. Une de ses sœurs est morte tuberculeuse ; les autres sont bien portantes. Il ne se rappelle pas avoir eu de maladies antérieures.

La maladie a débuté l'an dernier en septembre (1896) par des douleurs de poitrine, de la toux et une expectoration d'abord jaune, puis striée de sang. Au milieu de février 1897, il eut une hémoptysie et vomit un litre de sang environ. Il était très affaibli, à un tel point qu'il se croyait perdu, et depuis son état ne s'améliore pas. Le 21 février il entre à cette clinique. Il ne sait pas s'il y avait d'hémophilie dans sa famille, mais un de ses frères a des épistaxis fréquentes.

Etat actuel (28 février). — Malade de taille moyenne, d'une musculature faible ; très maigre. Ses gencives et ses conjonctives sont anémiées. Température 38°4. Sur tout le corps, épaules, moins aux côtes, plus aux extrémités, se trouvent de tout petits points de la grosseur d'une piqûre d'épingle, d'une coloration rouge bleuâtre, qui ne s'effacent pas à la pression, mais conservent leur coloration. Sur le dos on trouve également des pustules d'acné (purpura) de couleur rouge bleue. A l'ins-

1. Nous sommes particulièrement reconnaissant à Mlle Gunsbourg, docteur en médecine, qui a bien voulu nous traduire cette observation,

pection de la cavité buccale, on voit, surtout à gauche, une quantité de points hémorrhagiques de dimensions différentes, et sur les gencives, dans le sillon gingivo-buccal, des hémorrhagies parenchymateuses légères.

Système nerveux. — La sensibilité est intacte. Pas de maux de tête, ni vertiges ; les pupilles sont égales et réagissent bien à la lumière. Les réflexes patellaires existent. La sensibilité et la motilité ne sont pas altérées.

Système respiratoire. — Le malade a de la toux, une expectoration abondante, qui, par suite des hémorrhagies de la bouche, est abondamment mélangée de sang. L'examen microscopique de l'expectoration montre beaucoup de bacilles tuberculeux.

La respiration est de 38 par minute.

A l'inspection, la partie thoracique droite est moins développée que la partie gauche ; elle est plus amaigrie et présente beaucoup plus de saillies, de sorte qu'on a l'impression qu'il respire plus à gauche qu'à droite. En arrière rien de particulier. Pas de douleurs de poitrine.

A la percussion, en avant, on a un son tympanique dont l'intensité augmente jusqu'au huitième espace intercostal. Ici commence la matité hépatique. Le bord inférieur du foie est à peu près à la hauteur de l'ombilic. Les parois latérales émettent dans les parties supérieures un son tympanique, qui, à mesure que l'on descend, se transforme peu à peu en matité. En arrière, à droite, dans la fosse sus-épineuse, le son tympanique est moins net qu'en avant. Dans la partie inférieure, la matité est nette. A gauche, à la percussion on ne trouve rien de pathologique ; le sommet gauche est plus bas que le droit. A l'auscultation, à droite et au sommet, la respiration est peu nette, et en avant on ne peut pas percevoir la respiration. En arrière, en

certains endroits, on entend une respiration amphorique avec tintement métallique. A la succussion, on trouve la succussion hypocratique. Sur le côté gauche on trouve partout une respiration exagérée sans autre particularité.

Système circulatoire. — De temps en temps, le malade ressent des battements de cœur. Pas de points douloureux dans la région précordiale. Le pouls est régulier, mais rapide, 120. A l'inspection on constate un léger enfoncement dans le cinquième espace intercostal qui se prolonge jusqu'au quatrième espace. La pointe est dans le sixième espace intercostal sur la ligne axillaire. La palpation ne donne rien de particulier, sinon que le cœur est refoulé à gauche. A la percussion, le bord droit du cœur se trouve à peu près à un travers de doigt du bord gauche du sternum et la ligne supérieure du cœur se trouve sur le bord de la cinquième côte. La limite gauche est sur le bord axillaire gauche. A l'auscultation, on trouve que le foyer de l'orifice tricuspide ne se trouve pas sur l'appendice xyphoïde, mais sur le bord gauche du sternum. Le deuxième bruit de l'artère pulmonaire est renforcé. La recherche microscopique du sang ne donne rien de particulier.

Appareil digestif. — Appétit modéré; soif plutôt augmentée. Pas de vomissements, excepté aux quintes de toux. Constipation légère. Pas d'ictère. La limite inférieure du foie se trouve sur la ligne mamelonnaire à quatre travers de doigt au-dessous des fosses côtes. Le ventre est légèrement ballonné et sa palpation n'est sensible qu'à la région hépatique. La rate n'est pas augmentée de volume; l'espace de Traube est mat.

Appareil génito-urinaire. — Rien dans l'urine.

Diagnostic. — Tuberculose pulmonaire avec hydropneumothorax à droite. Diathèse hémorrhagique.

Traitement. — Repos au lit absolu. Diète légère, mais fortifiante. Compresses de Priessnitz sur la poitrine. Contre hémorrhagies : extrait d'Hydrastis canadensis, 3 fois par jour, XX gouttes.

Le lendemain les hémorrhagies augmentent d'intensité ; les hémorrhagies cutanées sont nombreuses ; les hémorrhagies muqueuses sont profuses. On a des hémorrhagies de la conjonctive, du bulbe oculaire des deux yeux.

Le 3 mars. — Douleurs très vives dans la région des reins. Hématuries très prononcées. Comme les hémorrhagies étaient très prononcées et que le malade s'anémiait trop vite, on essaie 2 grammes d'ergotine avec 8 grammes d'eau distillée : une seringue de Pravaz ; à l'intérieur on donne de la limonade avec du citron.

Le 4 mars. — Les hématuries persistent et les hémorrhagies cutanées n'ont pas changé d'aspect. Les urines en quantité abondante sont purement sanguinolentes. Les piqûres d'ergotine en raison de la douleur sont abandonnées et on donne au malade 5 gouttes d'essence térébenthine 3 fois par jour. Malgré tout cela, apparaissent sur le côté gauche du nez des hémorrhagies profuses qu'on arrête seulement avec du perchlorure de fer. L'état du malade est désespéré ; ses forces s'en vont et le malade produit l'impression d'un moribond. Dans les deux jours qui suivent, comme il n'y a pas d'aggravation, on commence à espérer une amélioration. Les épitaxis cessent, ainsi que les hémorrhagies buccales. Les hémorrhagies cutanées semblent pâlir et il n'y en a pas eu de nouvelles. Il existe encore des hématuries, mais la couleur est moins foncée qu'auparavant. Les matières fécales sont dures mais n'ont rien d'anormal. Le

malade prend avec de l'essence de térébenthine et du citron de la liqueur :

Sesquichlorure de fer 5.0
Eau distillée 15.0

Dix gouttes, 3 fois par jour.

Avec l'amélioration générale, les hématuries diminuent de jour en jour, de telle sorte que le *10 mars*, l'urine ne contient plus de sang. Les hémorrhagies cutanées ont énormément pâli ; les hémorrhagies conjonctivales sont encore visibles. Dans les quatorze jours qui suivent, l'état général s'améliore notablement.

Dès le *24 mars*, toutes traces d'hémorrhagies ont disparu, de telle sorte que la diathèse hémorrhagique doit être regardée comme écartée.

OBSERVATION VI (résumée).

Purpura hemorrhagica. — Guérison.

(Thèse de Bucquoy, Paris, 1855).

L..., âgé de 48 ans, cordonnier, d'une constitution robuste, entre à l'hôpital Beaujon le 2 mars 1855, salle Saint-Louis, n° 4 (Service de M. Barth).

Antécédents. — Attaque de choléra en 1849 d'une durée de douze jours. Depuis cette époque, il attribue l'altération de sa santé à l'ennui et aux fatigues de son état ainsi qu'à des maux de tête et à des courbatures.

Il y a deux ans et pendant trois semaines environ, il eut des

hémorrhagies assez abondantes par les gencives; il s'y développait des ampoules qui se rompaient et donnaient lieu à un écoulement de sang. Il guérit rapidement.

L'été dernier, deuxième poussée ; mêmes accidents avec, de plus, quelques petites taches sur la peau. Guérison au bout de six semaines. De temps en temps, il rendait quelques gouttes de sang par le nez, et ses selles étaient quelquefois colorées en rouge, mais jamais il n'y eut d'hémorrhagies proprement dites.

Au mois de décembre dernier, faiblesse et lassitude dans les membres ; éruption de pétéchies peu nombreuses sur les cuisses et les jambes, mais sans hémorrhagies.

En janvier, les gencives se gonflent de nouveau; mais après la rupture des ampoules, leur tissu reste fongueux.

Vers le 10 février, douleur assez vive dans le mollet droit, et il apparut bientôt au lieu de la douleur une très large tache lie-de-vin, violacée, et presque noire, qui, peu à peu augmenta ; et en trois jours toute la face interne et postérieure de la cuisse était colorée comme si elle avait été lavée au jus de mûres.

Le 2 mars. — Une plaque violacée de la grandeur de la main paraît en dedans de la cuisse gauche, mais moins foncée que celle du côté opposé. Une autre ecchymose existe à la malléole externe gauche; quelques douleurs spontanées. On trouve disséminées çà et là un grand nombre de petites pétéchies plus ou moins arrondies et noirâtres, siégeant surtout à la base des poils. Elles sont moins nombreuses à gauche qu'à droite, et ont paru depuis une dizaine de jours.

Face un peu bouffie; sclérotiques bleuâtres ; teinte anémique jaunâtre générale. Gencives rouges, boursouflées, fongueuses,

ne saignant toutefois que difficilement à la pression. Les fongosités sont plus développées à gauche et à la mâchoire inférieure ; elles occupent toutes les gencives et s'étendent jusqu'aux bords externes de la voûte palatine et du voile du palais. Dents moins solides, surtout les canines et les premières molaires ; quelques ecchymoses sur les parties saines de la muqueuse buccale. Appétit conservé, mais un peu diminué. Température normale. Pouls 76, mou, dépressible. Respiration pure des deux côtés ; sonorité normale à la percussion ; un peu de toux, pas de crachats. Des mouvements un peu étendus déterminent de l'essoufflement.

Un peu de céphalalgie. Un peu de constipation. Depuis longtemps, pas de sang dans les selles. Jamais d'hématuries ni d'hématémèses.

Traitement. — Le 6. — Amélioration marquée. Face mieux colorée. Gencives toujours fongueuses, mais les fongosités se modifient et tendent à disparaître, surtout à la base dans la partie la plus rapprochée des joues. Appétit bon. Pouls 60. Pas de température. Pas de nouvelles pétéchies. Ecchymoses un peu plus étendues sur leurs bords, mais de couleur moins foncée.

Le 12. — Pas de nouveaux accidents. Disparition progressive des taches et des ecchymoses ; les gencives guérissent rapidement et ne conservent que la cicatrice de la rupture des ampoules sanguines. Le malade sort le 14 avril, parfaitement guéri.

OBSERVATION VII (Résumée).

Purpura hemorrhagica chronique.

(Fournier de Bordeaux. *Gazette des hôpitaux*, 1851).

Le jeune F. M..., né dans les meilleures conditions de fortune d'un père bien constitué et d'une mère chez laquelle le moindre écoulement de sang était assez difficile à arrêter, sans avoir eu de taches de purpura, ni d'hémorrhagie. Deux sœurs en bonne santé. A perdu son unique frère à l'âge de 10 ans d'une hémorrhagie intestinale symptomatique d'un purpura hemorrhagica.

A partir de l'âge de 2 ans, il survenait de temps en temps sur les membres inférieurs des petites taches noirâtres qui duraient 7 à 8 jours après avoir passé par les teintes jaunâtres et verdâtres. Une pression un peu forte sur une partie du corps donnait lieu à la même apparition.

Etat stationnaire jusqu'à l'âge de 5 ans. Puis les taches se montrèrent plus fréquemment, plus nombreuses et plus larges. Quelques épistaxis assez rebelles. Sang difficile à arrêter.

Ces phénomènes morbides allèrent en augmentant jusqu'à l'âge de 8 à 9 ans.

En 1847, épistaxis assez abondante qui durait depuis 8 jours avec quelques moments d'arrêt. Constipation opiniâtre. Un peu de fièvre. Repos au lit dans la position demi-assise. Diète et traitement. Une fois, il eut un saignement de nez qui durait depuis 22 jours ; la quantité de sang perdu avait été évaluée

approximativement à près de 90 grammes par jour. Indépendamment de ces épistaxis, le malade présentait sur diverses parties du corps des taches larges, foncées, livides, irrégulières, qui disparaissaient assez vite. Mais bientôt, il se constitua des foyers sanguins dans le tissu cellulaire sous-cutané, sous-aponévrotiques et même intermusculaires. Ces tumeurs sanguines devinrent d'autant plus fréquentes et nombreuses que le système musculaire prit plus de développement.

J'ai remarqué que les saignements de nez étaient d'autant plus rares que les tumeurs sanguines se montraient plus souvent.

Légère hémorrhagie longue à arrêter à la chute d'une dent de la première dentition. Jamais les gencives n'ont été bour-soufflées, saignantes. Pas d'ulcérations, ni d'odeur fétide.

Les fortes impressions morales, la colère avaient de l'influence sur l'apparition de tous ces phénomènes. On voyait presque immédiatement se former une tumeur sanguine ou une épistaxis ; c'est à pareille cause que j'attribue le saignement de nez qui dura 22 jours.

Sous l'influence du traitement, les épistaxis et les tumeurs sanguines devinrent moins fréquentes et moins irritantes et l'enfant grandit. Il eut la rougeole, la scarlatine et la suette miliaire.

A 11 ans, apparurent des phénomènes articulaires avec épanchement de sang intra et extra-synovial aux genoux, aux coudes. Excepté aux genoux, la résolution se fit complètement et avec la plus grande rapidité. L'épanchement sanguin s'y montra sept à huit fois, puis l'articulation resta gonflée et présenta tous les caractères d'une hydarthrose. En même temps que ces hémorrhagies, léger embarras gastrique et un peu de fièvre.

Depuis ce moment, les saignements de nez et les tumeurs sanguines sont très rares.

Une tumeur de nature sanguine, profonde, non mobile, du volume d'un gros œuf de poule, un peu douloureuse, est survenue pendant la nuit dans la fosse iliaque droite. Mais elle disparaît rapidement.

Par le traitement, les taches hémorrhagiques ont presque complètement disparu. Les hémorrhagies nasales sont très rares ainsi que les tumeurs sanguines. Epanchements intra-articulaires moins fréquents. L'hydarthrose persiste.

Au moment où j'ai cessé de voir le malade, il y a six mois, il était dans un état d'amélioration très satisfaisant.

OBSERVATION VIII (Résumée).

Purpura hémorrhagique chronique. — Deux poussées en huit mois. — Mort à la deuxième crise. — Autopsie.

(Racle. *Annales des mal. de la peau et syph.*, 1844, tome II).

P... François, commissionnaire, n'a jamais eu d'hémorrhagies accidentelles ou spontanées. Se trouve depuis 15 ans dans de mauvaises conditions hygiéniques. Exposé au froid et à l'humidité. Pas d'excès.

Première poussée. — Vers les premiers jours d'avril début par douleur dans les talons et taches de purpura très légères. Au milieu de mai, deux épistaxis abondantes à trois ou quatre jours d'intervalle.

Rentre à l'hôpital le 31 mai 1844. Grandes ecchymoses au

centre desquelles une papule excoriée d'où s'écoule du sang. Prurit intense. Le 7 juin, saignement des gencives ; elles sont molles, fongueuses, saignantes, boursoufflées. Ecchymoses dans la bouche. Bulles de sang sur la langue. Pas de fièvre. Etat général non changé.

Les 21 et 30 juin, abondantes épistaxis d'une durée de plusieurs jours (plusieurs litres de sang de perdus) ; on pratiqua plusieurs tamponnements des fosses nasales. Ecchymoses se sont excoriées. Pas de fièvre. Grande faiblesse, amaigrissement. Teinte jaune. Fin juillet, les hémorrhagies s'arrêtent. Ecchymoses durèrent jusqu'au milieu d'août. Sort de l'hôpital le 20 août. Entre de nouveau le 4 novembre à l'hôpital.

Deuxième poussée. — Profonde anémie. Taches de purpura sur les bras, les jambes, le visage ; ecchymoses sur la muqueuse buccale ; bulles sur les bords de la langue. Epistaxis quelques jours après et saignements des gencives. Gencives molles, non fongueuses. Le troisième jour après son entrée, syncope prolongée. Depuis ce temps, il ne quitte plus le lit.

Le 12 novembre. — Légers frissons et fièvre le soir.

Le 14. — Céphalalgie violente et fièvre tous les soirs jusqu'à sa mort.

Le 16. — Vomissements, céphalalgie, pouls faible et lent. On crut à une hémorrhagie méningée ou cérébrale. Collapsus et résolution complète. Hémorrhagies sous-cutanées. Mort.

Autopsie le 18 novembre. — Vergetures sanguines sur la face péritonéale de l'estomac et ecchymoses arrondies sur sa muqueuse.

Foie gras, diminué de volume, décoloré.

Rate plus petite encore, pâle, molle et flasque.

Engouement des sommets des poumons. Petits foyers san-

guins, apoplectiformes dans le poumon gauche ; quelques-uns dans le poumon droit.

Cœur hypertrophié, flasque, avec des taches sanguines sous le péricarde. Son tissu est pâle. Epanchements sanguins et ecchymoses sous l'endocarde des oreillettes. Rares ecchymoses dans les ventricules.

Epanchement de sang sous la dure-mère et sur la surface de l'hémisphère droit ; sa quantité est évaluée à 60 grammes.

Pas de foyer apoplectique dans le cerveau, ni dans le cervelet, ni dans les ventricules cérébraux.

OBSERVATION IX

(*Rathery*. Soc. méd. hôp., Paris, 12 octobre 1883).

Homme de 34 ans qui a commencé à tousser en décembre 1882 et a eu de légères hémoptysies en janvier 1883.

A la fin de mars, épistaxis, subictère, le malade entre à l'hôpital le 26 mars. On constate des lésions de tuberculose avec craquements secs au sommet gauche.

Température : de 38 à 39°.

Epistaxis répétées chaque jour à partir du 30 mars, *otorrhagie*, gencives saignantes et fongueuses. Le 9 avril, on remarque des pétéchies aux membres inférieurs. La fièvre tombe progressivement. Etat général satisfaisant.

Le 11 avril, pétéchies sur la face, ecchymose à l'aine gauche.

Les épistaxis ne cessent que le 17 avril.

Amélioration progressive.

Nouvelle poussée au commencement de mai : température,

40°. En même temps apparaît une éruption de *varioloïde*, qui ne revêt pas les caractères hémorrhagiques. Tous les symptômes s'atténuent, le malade quitte l'hôpital le 19 mai.

Du 19 mai au 25 juin, état général bon, une seule épistaxis le 30 mai.

Le 25 juin, il entre avec une poussée de purpura hémorrhagique avec fièvre à 38°. « Les lésions thoraciques font des progrès lents mais certains ». Le 5 juillet, le malade sort et n'est plus revu depuis.

OBSERVATION X (Résumée).

Purpura hémorrhagique intermittent.

(*Mollière*. Soc. de Dermatologie, 1887, p. 236).

Jeune fille de 17 ans, sans antécédents pathologiques ; pas de tuberculose.

Sans cause préalable, apparition le 1er janvier 1883 d'un purpura avec ecchymose et pétéchies, albuminurie ; nouvelle poussée à la fin de janvier.

Nouvelle poussée au commencement de mars, avec hématurie ; membres œdématiés avec prurit.

L'albuminurie diminue à la fin de mars. La malade s'étant levée le 23 mars, nouvelle poussée, avec ecchymoses sous-conjonctivales.

Nouvelles poussées subintrantes en avril ; l'albuminurie diminue progressivement.

En mai, santé à peu près satisfaisante.

Le 3 juin, nouvelle poussée généralisée, mais l'éruption a

un caractère moins hémorrhagique. Le malade sort le 30 juin avec un état général excellent, mais des traces d'albumine.

Pendant l'hiver de 1884, nouvelle éruption assez confluente, une autre plus discrète en 1885.

OBSERVATION XI (Résumée).

Lenoble. *Maladie de Werlhof chronique. Erysipèle intercurrent. Soc. Méd. des hôp. de Paris.*

Malade de 21 ans, entrée à l'hôpital de Brest le 16 août 1898 pour une métrorrhagie durant depuis 4 semaines.

Antécédents héréditaires. — Rien.

Antécédents personnels. — Pas d'hémophilie.

Depuis l'âge de 12 ans, épistaxis très fréquentes. Fréquentes poussées purpuriques auxquelles la malade n'a pas attaché d'importance. Ecchymoses au moindre choc.

Réglée à 19 ans, très abondamment.

On pratique un *curettage*. La métrorrhagie cesse, mais est remplacée par des épistaxis à répétition.

Fin octobre. — Poussée de purpura hémorrhagique avec épistaxis, ecchymoses et pétéchies.

Amélioration dans le courant de novembre, mais pas de guérison absolue, il reste des taches purpuriques fines apparaissant par poussées et quelques ecchymoses avec lesquelles la malade sort le 24 décembre.

OBSERVATION XII

E. Lenoble. *Exanthème purpurique à répétition appartenant à la variété dite rhumatoïde. — Réaction myélocytaire atténuée au moment des époques. — Pas d'anémie. — Crise hémato-blastique.*

(Lenoble. *Arch de méd. expérimentale*, mai 1903).

Q... Marie, âgée de 33 ans, demeurant à Brest, se présente à la consultation de l'hôpital le 24 août 1901.

A la suite d'une promenade à Saint-Renan (16 kilomètres), le sujet vit apparaître des taches rouges aux deux jambes avec gonflement de la cheville gauche.

Les deux jambes et les cuisses furent envahies successivement sans que les articulations du genou aient rien présenté de particulier. Actuellement on constate encore des taches rouges avec des ecchymoses aux deux jambes sans que les articulations soient prises. Les parties envahies ont été le siège d'un prurit qui a disparu. Le sujet éprouve une sensation de courbature généralisée. Elle raconte que depuis longtemps l'apparition des époques est précédée de poussées de petites taches rouges analogues à des piqûres de puces. Le sujet ne présente pas dans les antécédents pathologiques d'autre maladie que des crises de mal comitial classiques.

Traitement. — Chlorure de Ca, 2 grammes, salicylate de soude, 2 grammes.

3 septembre 1901. — Le sujet étant resté debout une heure et demie dans une foule, vit réapparaître le purpura aux mem-

bres inférieurs avec prurit. Pas de douleurs dans les jointures, mais la cheville du pied droit est enflée.

5 octobre 1901. — A la fin de septembre, troisième poussée de purpura au membre inférieur gauche à la suite d'une marche un peu excessive. Durée deux à trois jours. Pas d'enflure des jointures.

28 juin 1902. — Apparition de petites taches rouges au niveau des articulations des chevilles qui sont enflées. On constate la présence de varices aux membres inférieurs.

Juillet 1902. — Nouvelle poussée de purpura aux membres inférieurs, avec œdème à l'occasion d'une fatigue.

Examen du sang. — Numération par millimètre cube de sang (le 26 août 1901 à l'époque des règles).

N : 4.402.000. R : 2.770.382, G : 0.33. B : 6.200. H : 279.000 la plupart gros.

Examen du sang coloré sur lames. Numération des Blancs sur 200.

Polynucléaires neutrophiles	73.00	p. 100.
« éosinophiles	4.00	—
Lymphocytes	6.00	—
Monucléaires clairs	16.50	—
Mastzellen	0.00	—
Myélocytes éosinophiles	0.50	—

Les caractères du sang sont sensiblement normaux. On ne constate pas la présence de globules rouges à noyaux. Parmi les leucocytes, quelques-uns (eosinophiles), mononucléés appartiennent à la variété de myélocytes intermédiaires entre les myélocytes à noyau arrondi et les polynucléaires à noyau découpé : leur noyau unique est cintré.

Examen du sang pur. Hématies bien colorées en îlots peu

épais et en piles courtes séparées les unes des autres par des mers plasmatiques dans lesquelles on trouve une petite quantité de globules blancs et une grande quantité d'hématoblastes sous forme de crises hématoblastiques. Pas de reticulum. De temps en temps, on trouve quelques hématies de nouvelle formation, de volumes divers, représentant les globules intermédiaires d'Hayem.

Examen du sérum. Prise facile en 5 minutes. Coagulation en 8 minutes. Après 1 h. 25, séparation déjà avancée d'un sérum clair. Ce sérum présente les réactions normales. Caillot élastique.

OBSERVATION XIII

Exanthème purpurique à répétition avec ecchymoses légères sans anémie. — Réaction myélocytaire atténuée. — Rétraction atténuée du caillot.

(Lenoble. *Arch. de méd. expérimentale*, mai 1903).

M... Pierre, âgé de 49 ans, couvreur, habitant Saint-Renan, nous est adressé par le Dr Chuitton. Il n'a jamais eu qu'une fluxion de poitrine il y a 15 ans, a fait son service militaire comme dispensé, dans de bonnes conditions.

Une sœur bien portante, 54 ans, une autre morte à l'âge de 56 ans avait toujours été bien portante. Il a perdu sa mère à l'âge de 6 ans, son père à l'âge de 5 ans, ce dernier d'accident. La mère serait restée 6 ans au lit. A des oncles et tantes bien portants. Il est marié : femme bien portante, 47 ans ; 4 enfants vivants : 2 filles, 2 garçons bien portants. En a perdu 7 tout

jeunes, en naissant, sauf 1 à 6 ans de variole. Pas de fausses couches chez la femme.

Il y a un an, à la suite d'un choc sur le mollet gauche il a eu une forte ecchymose, à laquelle après 5 à 6 semaines, et à la suite d'une marche, a succédé une petite plaie donnant issue à du sang noir ; la guérison survint en 2 mois. C'est à cette époque qu'il s'aperçut que le membre inférieur était enflé et se recouvrait de petites taches rouges. Depuis lors, ces taches se reproduisent constamment et durent 24 ou 48 heures en passant par les diverses teintes des ecchymoses. Le sujet a remarqué que s'il s'asseyait quelque temps sur le rebord d'une chaise ou sur le chevalet nécessaire à son métier, il se produisait une tache rouge au niveau du point d'appui, et cela sur les deux jambes. Les taches de purpura proprement dites se reproduisent sur les jambes surtout et sur les bras, mais jamais sur le corps. Le sujet ne saigne pas du nez, n'a pas eu d'hémoptysie, pas d'hématurie, etc. Il n'a pas de maux de tête, a bon appétit et se sent fort.

Etat actuel. — 1er avril 1902. — Homme de taille moyenne assez bien constitué, présente à la jambe gauche (face interne du tibia au 1/3 supérieur environ) une cicatrice provenant du choc signalé plus haut.

Il n'a pas de varices aux jambes. Il existe une poussée de purpura aux faces externe et interne de la cuisse gauche, quelques ecchymoses et des taches violacées à la jambe gauche. La face externe de la cuisse droite présente une poussée purpurique. Léger œdème des jambes avec ecchymoses légères en voie de disparition. Quelques petites taches plus ou moins larges se rencontrent sur le ventre et sur les bras. Ces taches sont à divers degrés de développement et d'effacement, d'où leur couleur

variable. Les articulations sont saines. La langue est bonne. Les gencives ne sont pas fongueuses, mais le sujet a remarqué que, lorsqu'il se fait arracher une dent, il saigne très longtemps et qu'aussi, lorsqu'il se coupe, l'hémorrhagie est difficile à arrêter, la moindre piqûre donnant lieu à un écoulement de sang exagéré.

Les muqueuses sont bien colorées. Il n'y a pas de purpura buccal, la gorge est en bon état, l'appétit est excellent, les digestions bonnes. Cœur et poumon sains. Foie et rate non accessibles. Pas d'hémorrhoïdes. Le sujet porte deux bandes aux jambes qui les empêcheraient d'enfler et diminueraient la tendance aux ecchymoses. L'intelligence est nette, la parole facile. Réflexes patellaires normaux ; pas de troubles de la sensibilité. Les urines ne renferment ni sucre, ni albumine.

Le sujet au début de son existence a eu des misères physiologiques ; il ne mangeait pas tous les jours. Il n'a pu apprendre à lire, ni à écrire. Il a commencé à travailler à 11 ans et gagna sa vie dès ce moment.

11 juin 1902. — Le 6 juin dernier, sans raison apparente apparurent à la face antérieure de la cuisse droite des taches rouges en nappe avec, dans leur intervalle, des taches purpuriques. Depuis le deuxième examen (10 avril), des petites poussées de purpura ont apparu sur les cuisses et sur les jambes ; leur durée était de 24 heures et rapidement elles prenaient une couleur chamois. La dernière poussée observée actuellement présente une couleur jaune pâle, la coloration rouge n'a persisté que pendant 24 heures environ. Le traitement institué a été : méthylarsinate disodique, 4 centigrammes, alternant de dix en dix jours avec chlorure de Ca, 10 grammes. Les poussées se seraient reproduites pendant cette médication.

11 août 1902. — Depuis le 7 août, apparition de taches et de plaques rouges sur les cuisses. Prend du corps thyroïde de mouton depuis 2 mois à raison de 2 demi-glandes par semaine. Actuellement éruption en voie de disparition, présente une coloration d'un jaune lilas.

Examen du sang (10 avril 1902). Numération par millimètre cube de sang. N : 6.231.000. R : 4.432.612. G : 0,71. B : 13.330. H : 341.000.

Examen de sang sec coloré sur lames. Numération des blancs.

1er avril 1902. Sur 300

	p. 100
Polynucl. neutrophiles.	63.66
— éosinophiles.	2.33
Mastzellen.	0.33
Lymphocytes et mononucléaires clairs. .	32.33
Myélocytes neutrophiles.	0.33
— éosinophiles.	1.00

10 avril 1902, p. 100

Polynucl. neutrophiles.	65.33
— éosinophiles.	1.66
Mastzellen.	1.66
Lymphocytes et mononucléaires clairs . .	40.00
Myélocytes neutrophiles	0.66
— éosinophiles.	0.66

11 juin 1902. Sur 300

	p. 100
Polynucl. neutrophiles.	57.32

— éosinophiles.	2.00
Mastzellen.	1.00
Lymphocytes et mononucléaires clairs. .	38.66
Myélocytes neutrophiles	0.00
— éosinophiles	1.00

11 août 1902. Sur 400

Polynucléaires neutrophiles.	55.00
— éosinophiles.	1.25
Mastzellen.	0.00
Lymphocytes.	8.75
Mononucléaires clairs.	34.
Myélocytes neutrophiles.	0.75
— éosinophiles.	0.25

Caractères généraux. — Les hématies bien colorées présentent sensiblement le même calibre. Il n'y a pas d'hématies nucléées. Les hématoblastes sont nombreux.

Leucocytes. — Les polynucléaires neutrophiles sont en grand nombre. Les mononucléaires sont en nombre sensiblement normal. On constate la présence d'un très petit nombre de myélocytes, surtout neutrophiles, plus rarement éosinophiles. Ces myélocytes se rattachent à la variété intermédiaire, entre le myélocyte à noyau arrondi et le polynucléaire.

Examens de sang pur. — 10 avril 1902. — Hématies bien colorées en îlots épais et en piles compactes interceptant des lacs plasmatiques dans lesquels on trouve des globules blancs et des hématoblastes en nombre suffisant. Pas de réticulum.

11 juin 1902. — Hématies bien colorées en petites piles et en petits îlots séparés par des lacs plasmatiques dans lesquels on trouve des hématoblastes en assez grand nombre et des leu-

cocytes en nombre exagéré. Pas de pseudo-parasites. Pas de réticulum.

Examens du sérum. — 1er avril 1902. — Prise et écoulement en 10 minutes, assez difficile. Coagulation : 11 minutes. Séparation d'un sérum, qui après 10 heures d'attente présente une double raie d'oxyhémoglobine épaisse, de réaction neutre, sans réaction de Gmelin. Volume 1 cent. 1/2. Caillot petit, noir, s'effrite légèrement.

10 avril 1902. — Prise et écoulement peu rapides à cause de l'épaisseur de la peau du doigt, 7 minutes. Coagulation en 9 minutes. Caillot d'un rouge sombre. Début de la séparation après 1 h. 1/2 par une logette remplie d'un sérum jaune clair. Le lendemain et les jours suivants, la quantité de sérum a augmenté faiblement : il se montre en couche légère sur les parties latérales et inférieures du caillot, incomplètement détaché des parois, V = 1/5 de centimètre cube, très chargé de sang par l'aspiration, de réaction très faiblement alcaline. Quantité trop faible pour l'examen spectroscopique, pas de réaction de Gmelin. Caillot rouge devient déliquescent après quelques jours.

11 juin 1902. — Prise en 7 minutes, coagulation en 9 minutes, caillot rouge sombre. Séparation d'un sérum de quantité relativement peu abondante, à peine 1 centimètre cube. Réactions normales. Caillot s'effrite facilement.

11 août 1902. — Ecoulement 6 minutes. Coagulation immédiate à mesure que le sang coule. Caillot rouge clair. Très rapidement la séparation s'annonce. Après 24 heures sérum légèrement opalescent occupant la moitié de l'éprouvette. Réactions normales. Le caillot s'effrite facilement.

OBSERVATION XIV (Résumée).

(Lancereaux. *Traité d'anat. path.*, t. I, p. 562).

Jeune sculpteur de 23 ans, sans antécédents hémophiliques. Employé au Musée de Fontainebleau. Il manque de renverser et de briser un meuble précieux ; il en éprouve une très vive émotion. Le soir même, épistaxis intense qui se renouvelle les jours suivants. Hémorrhagies buccales. Etat profond d'anémie. Gencives un peu ramollies, boursoufflées ; taches ecchymotiques nombreuses sur les membres ; pas de douleurs articulaires. Bon appétit. Pas de leucocythémie. Les épistaxis et les hémorrhagies buccales continuent.

Mort au bout de 4 mois, dans un état profond d'anémie, après une épistaxis abondante.

Rien à l'autopsie n'explique ces accidents.

OBSERVATION XV

Maladie de Werlhof à forme chronique ; disparition des symptômes morbides et des lésions du sang huit jours après le début du traitement.

(Apert et Rabé. *Bulletin médical*, 21 novembre 1897).

Charles R..., âgé de quatorze ans, se présente au mois d'août 1897, à la clinique rhinologique de M. Castex pour un saignement de nez qui dure depuis six jours. Il raconte que ce

n'est pas la première fois qu'il saigne ainsi. Ses premières épistaxis remontent au début de l'année 1896 ; pendant plusieurs mois, il en a eu plusieurs fois par mois, durant une heure ou deux ; au mois de juillet 1896, il en a eu une série ; elles ont duré huit jours et le prenaient plusieurs fois par jour. Au bout de ce temps, il se décide à se faire soigner ; le médecin qui le voit reconnaît l'existence de végétations adénoïdes et de grosses amygdales et, le 16 juillet 1896, il procède à l'amygdalotomie. Cette opération provoqua une déperdition de sang effrayante ; malgré des injections chaudes antipyrinées et plusieurs piqûres d'ergotine, le sang coulait dans la bouche en abondance ; pendant deux jours le malade continua à rejeter de temps en temps un peu de sang ; il dut rester huit jours au lit dans un état d'anémie et de faiblesse extrêmes, et fut longtemps à se remettre.

Pendant son séjour au lit, on remarqua pour la première fois des ecchymoses sur le corps, semblables aux « bleus » résultant d'un coup Presque constamment depuis lors, c'est-à-dire depuis plus d'un an, l'enfant a des bleus qui surviennent sans cause, sans traumatisme aucun, sur les jambes, le tronc, les bras ; la face a toujours été respectée ; parfois les gencives saignent ; plusieurs fois par mois surviennent des épistaxis. C'est pour une de ces épistaxis durant depuis six jours, que le malade se présente à la clinique de M. Castex.

Examen du malade. — C'est un enfant bien développé pour son âge, ayant toutes les apparences d'une parfaite santé, et malgré ses pertes de sang ne paraissait ni anémique, ni affaibli.

Examen local. — Après un lavage prudent des fosses nasales, l'examen au spéculum nous permit de constater, du côté droit,

l'existence, à la partie antérieure et inférieure de la cloison nasale, d'une ulcération de la largeur d'une lentille. La surface est ulcérée et fongueuse, et saigne au moindre contact ; les portions de muqueuses qui limitent l'ulcère sont très enflammées. Dans la narine gauche, il existe une autre ulcération, plus petite, et occupant le point presque symétrique de l'ulcération droite ; le fond en est saignant et fongueux. Traitement : lavages à l'eau très chaude, avec le siphon de Weber toutes les deux heures et tamponnement ouaté permanent.

Examen général. — Sur le cou, petit piqueté hémorrhagique sous-épidermique très fin, à l'endroit où frotte le col ; même piqueté sur la poitrine et les bras, formant des bandes allongées, de direction générale verticale, sauf au niveau des plis de flexion ; ces bandes paraissent répondre aux endroits où les plis de la chemise compriment la peau ; pas d'autres hémorrhagies sur le tronc, la tête et les bras ; mais sur les membres inférieurs, *larges plaques hémorrhagiques* ayant un caractère tout autre ; ce sont de larges ecchymoses violacées simulant tout à fait les « bleus » qui succèdent à un coup ; il y en a une douzaine sur les deux cuisses et les deux jambes, en avant et en arrière ; elles sont arrondies irrégulièrement et varient en dimension de celle d'une pièce d'un franc à celle d'une pièce de cinq francs et davantage. Au devant du tibia gauche, large trait hémorrhagique horizontal que l'enfant attribue à ce que, regardant d'une fenêtre dans la rue, il s'est appuyé la jambe contre l'arête vive du rebord de la fenêtre.

L'examen viscéral ne révèle rien que de normal. L'enfant, du reste, ne se sent mal nulle part ; il n'a jamais eu de douleurs rhumatoïdes ; l'appétit est bon, les fonctions digestives bonnes.

S'il n'avait pas ces hémorrhagies, il se considérerait comme jouissant d'une parfaite santé.

Les *antécédents personnels et héréditaires* ne présentent rien de bien particulier. Le père de l'enfant, ancien marchand de vins, a longtemps souffert d'une gastrite alcoolique ; il est en outre eczémateux et variqueux. La mère est très nerveuse et a parfois des colères terribles ; elle a eu autrefois des douleurs d'estomac qualifiées de gastralgies nerveuses. Un frère de deux ans plus jeune que notre malade est très nerveux mais ne présente pas trace d'hémophilie.

L'enfant est né à terme, à Paris ; il n'a pas eu d'autres maladies que la scarlatine (très violente), la rougeole, la varicelle, et, à l'âge de huit ans, à la suite d'absorption de jambon une urticaire très intense. Son tempérament a toujours paru excellent ; il n'est pas nerveux comme sa mère et son frère ; il est travailleur et intelligent.

Etude de l'hémostase. — Une piqûre est faite avec la pointe d'une lancette au bout du doigt ; le sang coule facilement, goutte à goutte. Au bout de peu de temps il se forme un caillot à l'extrémité du doigt tenu déclive, mais néanmoins le sang ne s'arrête pas, il continue à couler goutte à goutte le long du caillot, lequel s'allonge peu à peu jusqu'à atteindre, au bout de quelques minutes un bon centimètre. L'enfant dit que le même phénomène se produit quand il saigne du nez, et qu'il lui pend alors au bout du nez des caillots parfois très longs.

Le sang de notre piqûre ne s'arrêtant pas spontanément, nous devons, pour mettre fin à l'écoulement, appliquer sur la plaie un nuage de ouate collodionnée.

Etude de la coagulation. — Nous avons recueilli, dans l'hé-

matimètre de Hayem suffisamment de sang pour l'emplir aux trois quarts. Au bout d'une minute après la fin de l'opération le sang est déjà coagulé ; au bout de vingt-quatre heures il est resté tel quel ; le caillot ne s'est pas détaché des parois du vase ni rétracté au milieu d'une atmosphère de sérum ; il n'y a trace ni de rétraction du caillot, ni d'exsudation du sérum ; au bout de quarante-huit heures c'est à peine s'il existe une mince couche liquide entre le caillot et les parois latérales du vase ; au bout de quatre jours le caillot a enfin pris la forme en sablier classique, mais ses surfaces supérieure et inférieure sont encore adhérentes et la quantité de sérum exsudé est beaucoup moins abondante que normalement.

Numération des éléments du sang. — La numération par le procédé de Hayem donne les résultats suivants : R = 6.062.000 B = 5.500.

Sang sec. — Sur des préparations de sang étalé sur lame de verre, séché et coloré soit par l'éosine et le bleu de méthylène (après fixation par l'alcool-éther), soit par l'iode ioduré (après fixation par les vapeurs osmiques), on ne remarque rien de particulier.

Traitement. — Limonade citrique à volonté ; jus de cresson ; interdiction de courir et de se livrer à des exercices violents, mais nous permettons les promenades sans fatigue, à la campagne.

En outre, nous prescrivons 1 gramme par jour de chlorure de calcium, dilué afin d'éviter l'action caustique du médicament, selon la formule suivante :

Eau.	400 gr.
Chlorure de calcium. .	10 gr.

Une cuillerée à bouche dans un verre d'eau au début de chaque repas.

Evolution ultérieure de la maladie. — Au bout de huit jours, le 27 août, l'enfant revient nous voir, comme nous le lui avions demandé. Il paraît guéri, il n'a plus saigné du nez, il n'a plus d'ecchymoses nouvelles et les anciennes sont presque effacées.

Examen du sang : 1° *Hémostase.* — Piqûre au bout du doigt ; il tombe dans l'hématimètre une dizaine de gouttes de sang ; puis le sang s'arrête de lui-même ; il s'est formé sur la plaie un caillot qui l'obture ; pour obtenir du sang suffisamment pour remplir aux deux tiers l'hématimètre de Hayem, il est nécessaire de presser le doigt de sa racine vers son extrémité. C'est avec peine que nous obtenons la quantité de sang que nous désirons ; et il n'est pas question cette fois d'appliquer du collodion.

2° *Etude de la coagulation.* — Au bout d'une heure, il y a un début de rétraction du caillot et d'exsudation de sérum le long des parois du vase ; toutefois la quantité de sérum est moins abondante que chez un sujet normal. Au bout de 24 heures, la rétraction est égale à ce qu'elle était la semaine précédente au bout de quatre jours. Au bout de 48 heures, le caillot est rétracté et flottant dans le sérum. Les lésions du sang existent donc encore puisqu'il y a un retard dans le processus de rétraction du caillot et d'exsudat du sérum, mais ces lésions sont beaucoup moins accusées que lors de la première prise de sang.

3° *Numération des éléments du sang.* — R = 5.992.000, B = 5.000. Les préparations de sang sec continuent à ne rien montrer d'anormal.

L'enfant doit partir le lendemain en vacances à la campagne.

N'osant croire à une guérison aussi prompte et aussi absolue d'une maladie durant déjà depuis un an, nous l'engageons à continuer là-bas le traitement et à nous écrire, s'il vient à saigner de nouveau et à avoir de nouveau des taches de sang.

Ne recevant pas de nouvelles, nous nous sommes décidé au bout de deux mois à écrire pour en demander, et nous avons reçu de l'enfant la réponse suivante que nous transcrivons telle quelle :

Le 8 octobre 1897.

Monsieur le Docteur,

« C'est avec beaucoup de plaisir que j'ai reçu votre aimable lettre et sur le fait je m'empresse de répondre aux questions que vous me faites. Je vous dirai avec contentement que je n'ai pas eu de taches sur la peau depuis que je suis à la campagne ; je me porte bien et j'ai bon appétit. Je n'ai pas non plus saigné du nez, et dernièrement m'étant coupé au doigt, le sang a été beaucoup plus facile à arrêter qu'auparavant : le caillot formé, le sang s'arrête aussitôt ; si par hasard je me cogne, le bleu n'est pas plus fort que sur une personne saine ».

OBSERVATION XVI

Un cas de purpura chronique à vastes ecchymoses et à récidives indéfinies.

Debrie. *Bulletin médical*, 21 novembre 1900.

B. A..., soldat au 159e régiment d'infanterie à Briançon, vingt-deux ans.

Parents bien portants et non rhumatisants, trois sœurs et un

frère également en bonne santé. Le malade a eu la grippe à dix-huit ans ; jamais de rhumatisme. Il raconte que depuis son enfance il est sujet, tous les deux ou trois mois, à des poussées éruptives de plaques rouges, arrondies, grandes en moyenne comme une pièce d'un franc, douloureuses, apparaissant exclusivement aux membres et plus particulièrement aux membres inférieurs. En même temps les membres sont le siège d'un œdème dur et douloureux, la marche devient pénible et le repos au lit est nécessaire pendant une quinzaine de jours. Il est à noter qu'à chacune de ces poussées les yeux deviennent rouges et larmoyants.

Depuis que B... est au régiment, c'est-à-dire depuis cinq mois, des éruptions semblables ont apparu à deux ou trois reprises, l'obligeant à interrompre son service pendant plusieurs jours.

12 avril 1900. — Les accidents actuels pour lesquels le malade entre à l'hôpital ont débuté brusquement hier matin sans cause appréciable. Le malade ressentit au réveil des douleurs dans les avant-bras et des taches rouges apparurent qui peu à peu augmentèrent d'étendue. En même temps s'installait un œdème dur et douloureux de cette région.

Ce qui attire tout d'abord l'attention c'est la présence, sur les avant-bras, de taches ecchymotiques couleur lie-de-vin, les unes grandes comme une pièce de cinquante centimes, les autres beaucoup plus grandes, prédominant à la face postérieure du coude et au bord externe de l'avant-bras. Dans cette dernière région se trouve une tache grande comme la paume de la main. Sur les cuisses et les jambes il existe quelques petites taches disséminées. Ces éléments éruptifs sont constitués par du sang extravasé et qui s'infiltre vers les points déclives ;

ce sont nettement des ecchymoses ; la pression du doigt ne les efface pas.

Chaque tache considérée isolément se compose d'une partie centrale rouge foncé, lie-de-vin, lisse et d'une collerette périphérique rouge vif légèrement en saillie. L'évolution ultérieure a montré que chaque tache s'agrandit excentriquement, la collerette empiétant peu à peu sur la peau saine.

Cette évolution est assez rapide ; du jour au lendemain les dimensions d'une tache donnée doublent ou triplent. L'arrêt de développement de chaque tache est marqué par le changement de couleur de la collerette, qui devient plus foncée et prend peu à peu la teinte générale lie-de-vin.

Les avant-bras sont le siège d'un œdème très accentué, blanc, dur et douloureux ; la pression du doigt y détermine un godet très accentué.

Il semble que les articulations du coude soient le siège d'un léger épanchement ; mais il est difficile de l'affirmer, l'œdème sous-cutané remontant jusqu'au quart inférieur du bras.

Dans leur ensemble, les membres supérieurs ressemblent à ceux d'une personne qui aurait été rouée de coups.

Les membres inférieurs ne sont ni œdématiés ni douloureux.

Le fourreau de la verge présente une ecchymose diffuse, mais sans œdème ni douleur.

Pas d'ecchymoses sur les muqueuses buccale, gingivale, pharyngienne. Par contre, les conjonctives sont ecchymotiques sur toute leur étendue, principalement à l'œil gauche. Les globes oculaires sont un peu douloureux à la pression ; il y a un peu de larmoiement. Pas de changement dans l'acuité visuelle.

Sur le tronc on ne découvre aucune ecchymose.

L'examen des urines et des selles, continué pendant plusieurs

jours, a montré qu'il n'y avait ni hématurie, ni mélœna. Le malade n'a eu non plus ni épistaxis, ni hémoptysie, ni hématémèse.

Les divers appareils sont normaux. Au cœur, le premier bruit est un peu prolongé, mais non soufflant. Il n'y a point de stigmates hystériques (champ visuel normal, réflexe pharyngien conservé, pas d'anesthésie, jamais de crises convulsives).

Le malade présente à la jambe gauche deux furoncles ecchymateux : l'un à peu près guéri, l'autre en pleine évolution.

L'état général est très bon ; l'appétit et le sommeil sont conservés. Il n'y a pas de fièvre ; il n'y en aura du reste à aucun moment de la maladie.

13 avril. — Les taches des membres supérieurs ont pâli et ont pris une teinte vert jaune, ce qui prouverait encore, s'il en était besoin, que ces taches sont des ecchymoses. Les avant-bras restent gonflés et douloureux. Les ecchymoses sous-conjonctivales sont stationnaires. Aux membres inférieurs de nouvelles taches ecchymotiques ont apparu, et quelques-unes de celles qui existaient hier sont devenues un peu saillantes. A la jambe gauche, immédiatement au-dessus d'une des plaies furonculeuses, il est apparu une large ecchymose grande comme la paume de la main. Les masses musculaires de la cuisse sont douloureuses à la pression ; mais il n'y a pas d'œdème dans ce segment de membre.

14 avril. — Il s'est fait une nouvelle éruption aux membres inférieurs, notamment à la face postérieure des genoux, où les ecchymoses sont grandes comme des pièces de cinq francs. La grande ecchymose de la jambe gauche, signalée hier, a considérablement pâli. L'ecchymose de la verge a presque entièrement disparu. Les ecchymoses conjonctivales ont pris une teinte

jaune ictérique au voisinage du limbe cornéen. Les avant-bras sont moins œdématiés, mais ils restent encore douloureux. Il s'est montré, sur la face postérieure du coude droit, une large ecchymose en même temps que le tiers inférieur du bras est devenu douloureux, œdémateux. Le tronc est toujours indemne.

15 avril. — Aucune tache nouvelle n'est apparue. Celles des membres supérieurs ont toutes pâli ; aux membres inférieurs, la collerette rouge vif a presque disparu et les ecchymoses sont lie-de-vin sur toute leur étendue.

18 avril. — L'effacement des taches continue : leur couleur passe par toutes les couleurs des ecchymoses traumatiques. L'œdème a complètement disparu, la peau est redevenue souple partout et les douleurs ont cessé.

26 avril. — Toute trace d'ecchymose à entièrement disparu.

6 mai. — Le malade a ressenti, pendant la nuit, quelques douleurs sur la face interne du genou gauche, au niveau de la patte d'oie ; ces douleurs s'accentuent par la pression. Le 1/3 supérieur de la jambe sur la face interne est œdématié. Sur la face antéro-externe de cette jambe, apparaît une petite ecchymose grande comme une pièce de 20 centimes. Une ecchymose de même dimension se montre à la face antéro-interne de la cuisse.

7 mai. — Les 2 taches apparues hier ont jauni ; il n'en est pas apparu d'autres. La douleur au niveau de la patte d'oie persiste ainsi que l'œdème. La plaie de la jambe est stationnaire.

8 mai. — L'œdème et les douleurs ont complètement disparu.

9 mai. — Légère douleur dans le mollet droit; apparition à ce niveau de deux petites taches ecchymotiques.

12 mai. — Quelques douleurs dans les mollets, pas d'ecchymose.

6 juin. — Dans la nuit, le malade a ressenti aux yeux des picotements et une sensation de brûlure. Ce matin, les conjonctives sont rouges, dans un état absolument identique à celui d'il y a deux mois. Le malade ressent aussi des douleurs dans les masses musculaires de la cuisse droite ; il existe quelques ecchymoses sur la cuisse et la jambe gauches.

Il y a une large ecchymose sur le scrotum à gauche.

8 juin. — Il est apparu de nombreuses ecchymoses sur les deux membres inférieurs et sur les deux fesses ; en même temps, le malade éprouve des douleurs dans les masses musculaires de ces régions. Toute la peau de la verge est occupée par une large ecchymose ; le tissu sous-cutané est le siège d'une infiltration œdémateuse considérable qui double et triple même le volume de l'organe, empêche de découvrir le gland, mais ne gêne pas sensiblement la miction. L'ecchymose du scrotum a presque disparu. L'avant-bras droit est œdématié et un peu douloureux, mais sans ecchymose. L'état des yeux s'est sensiblement amélioré. Apyrexie. Etat général excellent.

9 juin. — L'œdème de la verge a complètement disparu, l'organe est revenu à ses dimensions normales, mais la peau conserve à la face supérieure une teinte ecchymotique foncée. L'œdème de l'avant-bras droit a considérablement diminué, mais une ecchymose grande comme une pièce de 50 centimes s'est montrée sur sa face antérieure.

11 juin. — Une nouvelle poussée de taches, distribuées assez régulièrement, s'est produite surtout aux membres ; quelques douleurs musculaires dans la jambe gauche. Dans la soirée, apparition au visage et sur la poitrine d'une éruption nette-

ment morbilleuse. Cette infection s'explique par la présence dans l'hôpital de nombreux cas de rougeole, au milieu desquels B..., a pénétré, malgré la consigne, pour visiter un compatriote en traitement. Cette rougeole évolua d'ailleurs d'une façon très bénigne.

14 juin. — Les diverses taches ecchymotiques ont toutes disparu, ainsi que l'exanthème morbilleux.

Le malade quitte l'hôpital le 25 juin, entièrement guéri de sa rougeole et momentanément débarrassé de son purpura.

Après avoir passé dans sa famille un congé de deux mois, B... rentre à la compagnie et vient à l'hôpital nous donner de ses nouvelles. Au cours de son congé, il a eu des ecchymoses à deux reprises différentes. Comme son état général reste excellent, et qu'il est, à sa rentrée, complètement indemne, on le laisse rejoindre sa compagnie qui occupe la Croix-de-Bretagne.

Au fort, B... est repris comme précédemment, et il doit être évacué le 20 août sur l'infirmerie régimentaire d'où il est dirigé le 25 août sur l'hôpital.

A ce moment, il présente sur les membres inférieurs et sur les conjonctives des taches jaune verdâtre, reliquats d'ecchymoses récentes en voie de disparition.

Abstraction faite de ces accidents, l'état physique est excellent, mais l'état moral laisse beaucoup à désirer. Effrayé par ces hémorrhagies cutanées sans cesse renaissantes, B... est devenu triste, morose et silencieux. Il rêve toute la journée dans son lit, la figure attristée, le regard vague et ce n'est qu'à grand'peine qu'on arrive à lui arracher quelques paroles qu'il prononce comme à regret, les larmes aux yeux.

Comme le traitement est resté inefficace, nous proposons B... pour la réforme temporaire qui est prononcée le 31 août.

OBSERVATION XVII

Purpura hemorrhagica lié à des troubles du côté de la menstruation.

(Racle. *Annales des mal. de la peau et syph.*, août 1884).

La femme B..., âgée de 50 ans, est d'une forte constitution, d'un tempérament sanguin et athlétique et a toujours joui d'une santé parfaite. La profession qu'elle exerce n'est nullement fatigante et ne paraît avoir contribué en rien au développement de la maladie, pas plus que ses habitudes qui sont simples, et que son alimentation qui est convenable. Cette femme a trois enfants très bien portants.

La maladie pour laquelle elle est entrée à l'hôpital se rattache à la menstruation. Depuis l'âge de 44 ans, les règles ont cessé d'une manière assez rapide et la malade a vu dès ce moment et même quelques mois avant leur suppression complète des ecchymoses se former très souvent à la peau d'une manière spontanée. Cette disposition scorbutique s'est toujours accrue graduellement jusqu'à l'époque actuelle. Les ecchymoses sont devenues depuis un peu plus nombreuses et plus larges. Mais du reste il ne se faisait d'hémorrhagies par aucune voie, et la santé générale se maintenait parfaite.

Dans les derniers jours de juin, la malade a ressenti du malaise, de l'oppression, quelques vertiges, de la céphalalgie et divers phénomènes d'embarras gastrique, lorsque tout à coup elle

s'aperçoit le 8 août qu'elle est couverte d'une éruption purpurine.

Elle entre à l'hôpital le 10 août 1844, salle de la lingerie. A cette époque, elle présente l'état suivant : toute la surface du corps est recouverte de taches de purpura très petites, inégales entre elles cependant, assez largement espacées, plus nombreuses et plus groupées aux membres qu'au tronc et à la face ; leur couleur est d'un violet extrêmement foncé et très vif; elles sont très bien limitées et circonscrites.

La pression du doigt ne les fait en aucune manière disparaître. Aucun phénomène de douleur ni de chaleur ne les accompagne. Dans quelques parties du corps, aux avant-bras, à la face interne des cuisses, se voient de larges suffusions sanguines sous-épidermiques qui, bien que spontanées, ressemblent à des contusions récentes. Dans d'autres points, ce sont des sugillations, des vergetures analogues à celles que la putréfaction détermine sur les cadavres. Du reste, aucune douleur ne les accompagne.

Les muqueuses sont aussi bien que la peau le siège d'une exhalation de sang, mais qui se traduit par des hémorrhagies. Les gencives sont ramollies et un peu tuméfiées sans être fongueuses ; une grande quantité de sang d'une couleur artérielle, *mais peu coagulable, s'en écoule continuellement* : elle peut être évaluée à un verre par jour ; les dents sont devenues légèrement vacillantes, du reste il n'y a pas d'ulcération dans la bouche, et l'haleine n'est nullement fétide.

La malade a eu quelques épistaxis légères. Elle dit aussi avoir observé dans les selles quelques stries sanguinolentes. Du reste, toutes les fonctions s'exécutent parfaitement bien. Il n'y a pas eu de fièvre depuis le début de la maladie.

La malade est mise à l'usage de la limonade à la glace, de

l'extrait de ratanhia (1 gramme pour un Julep) et à une alimentation substantielle, sans être trop abondante cependant. On lui recommande l'exercice.

Trois jours après l'entrée de la malade, les taches hémorrhagiques avaient complètement disparu et il ne restait des larges ecchymoses des membres que des taches jaunâtres comme après les contusions. A cette époque au moment où l'on s'attendait à voir reparaître des taches à la peau comme c'est l'ordinaire, une forte hémorrhagie intestinale se déclara et dura pendant deux jours, affaiblissant beaucoup la malade, sans que du reste l'écoulement du sang diminuât ; après l'hémorrhagie intestinale, épistaxis, puis retour des taches de purpura et des ecchymoses. Il y eut ainsi pendant quinze jours des variations, remarquables par l'apparition, tantôt vers la peau, tantôt vers les muqueuses, d'hémorrhagies que rien ne put diminuer. Un seul et même traitement fut toujours mis en usage avec persévérance. La malade mangeait chaque jour trois ou quatre citrons entiers, buvait de la limonade souvent à la glace, et était nourrie principalement de viande et de vin.

Le 1er septembre, la disposition hémorrhagique sous l'influence de laquelle se trouve la malade se révèle par de nouveaux phénomènes. Cette dernière se plaignit de ce que tout le côté gauche du visage était devenu insensible à partir de la ligne médiane exactement.

L'attention se trouva nécessairement portée sur une suffusion sanguine des méninges et peut-être du cerveau (du côté droit) analogue à celle de la peau et des muqueuses, et il ne fut plus permis d'en douter lorsque le troisième jour l'on put constater l'insensibilité bien tranchée de la peau du visage, de la conjonctive et du globe de l'œil du côté gauche, la dureté de

l'ouïe du même côté, la perte du goût, la déviation légère de la bouche à droite, une insensibilité des lèvres telle que la malade se mord jusqu'au sang sans en éprouver de douleur ; une diminution assez sensible de la force musculaire du bras et de la jambe gauches avec un sentiment d'engourdissement de ces parties. Du reste, l'œil du côté gauche est resté intact, et voit aussi bien que l'autre. L'intelligence est parfaitement conservée et la malade, encore assez forte, peut se lever et se livrer à quelques occupations.

Comme ces phénomènes de compression du cerveau n'avaient pas une intensité alarmante, et comme du reste ils n'étaient qu'un nouveau mode d'expression d'une maladie au fond toujours la même, rien ne fut changé au traitement.

Le lendemain du jour où l'on a constaté les phénomènes que je viens d'indiquer, de très larges ecchymoses se sont montrées dans tous les points, où, pour s'assurer de l'état de sensibilité de la peau on avait pincé cette membrane sur la conjonctive de l'un et de l'autre œil qui avait été touchée avec les doigts ; du reste, les phénomènes de compression du cerveau demeurent les mêmes.

Depuis ce moment et à plusieurs reprises, de nouvelles éruptions de taches de purpura, si je puis ainsi dire, se sont faites à la peau, sur la langue, dans la bouche, etc..., mais les hémorrhagies par les muqueuses ont rapidement diminué, et le 5 août les gencives ont cessé de fournir du sang. Les nouvelles éruptions qui se font très fréquemment varient pour l'apparence ; les unes sont formées par des taches de la grosseur d'une lentille ; les autres par un pointillé très fin ; d'autres fois, il ne se montre que des ecchymoses étendues, semblables à ce que l'on nomme vulgairement meurtrissures. Leur couleur ne

varie pas moins que leur forme. Les unes sont d'un rouge vineux terne, les autres d'un violet presque noir et très éclatant.

OBSERVATION XVIII

(Bensaude. Thèse de Nanu, Paris, 1900).

La nommée M... Louise, agée de 14 ans 1/2, entre à l'hôpital Trousseau. Service de M. le Dr Josias, le 19 mai 1886.

Antécédents héréditaires. — Père bien portant. Pas d'hémophilie. Mère d'une santé délicate. Elle a eu quatre grossesses.

Chaque accouchement a été accompagné d'hémorrhagies assez abondantes. Il n'y a pas d'autres accidents hémorrhagiques dans les antécédents héréditaires de l'enfant. Les enfants sont venus tous à terme.

Parmi eux, deux sont morts ; l'un à l'âge de 5 ans à la suite d'une entérite, l'autre à l'âge de 17 jours (cause inconnue). Le troisième est vivant ; il a 11 ans et se porte bien.

Antécédents personnels. — Née à terme, élevée au sein jusqu'à l'âge de 7 mois. A marché à 9 mois. Première dent à 11 mois. Rougeole à l'âge de deux ans. Pas d'autre maladie aiguë. Incontinence nocturne d'urine, qui aurait beaucoup diminué depuis que l'enfant est réglée, mais sans cesser complètement. Réglée à 13 ans. Les premières règles étaient normales. Depuis 2 mois, elles sont devenues très abondantes. Ainsi actuellement, elle les a depuis 10 jours. Elle perd des caillots. La malade a toujours vécu dans de bonnes conditions hygiéniques.

Histoire de la maladie actuelle. — La maladie actuelle a

débuté il y a 2 mois, par des hémorrhagies muqueuses différentes. Epistaxis très fréquentes, mais pas très abondantes au début. Légère stomatorrhagie, là nuit surtout. Le matin, la malade avait la salive teintée de sang. Depuis 2 mois également les règles sont devenues abondantes et de longue durée.

En même temps on constate sur le corps l'apparition d'une éruption formée par des pétéchies multiples et des ecchymoses larges.

Tous ces accidents hémorrhagiques n'ont été accompagnés d'aucun phénomène subjectif. Aucune douleur. Pas de fièvre. Etat général satisfaisant. Il y a deux jours elle a eu une épistaxis très abondante qui a nécessité le tamponnement des fosses nasales.

Etat actuel. — 20 mai. — La malade paraît assez bien constituée pour son âge. Le facies normal. Pas de fièvre. Etat général bon. Pas de douleur nulle part.

Lorsqu'on la découvre on constate sur le corps, une éruption pétéchiale et des ecchymoses disposées de la façon suivante : Petites pétéchies à différents stades d'évolution, la plupart ayant une coloration rouge sang, sur la partie antéro-supérieure du thorax et sur l'abdomen. Même éruption, formée par de petites pétéchies rouges, rondes, ne disparaissant pas à la pression, sur les cuisses et à la partie antérieure des jambes. En outre, à la partie moyenne de la jambe gauche, face antérieure, une large ecchymose bleuâtre ayant les dimensions d'une pièce de 5 francs. Cette ecchymose n'est pas douloureuse à la pression et ne fait aucun relief à la surface de la peau. Elle ressemble à une large ecchymose traumatique.

Sur la muqueuse des joues, de chaque côté, on constate quelques petites taches hémorrhagiques rondes, rouges et recou-

vertes par du sang coagulé, noirâtre. Les gencives sont saines. Les articulations non douloureuses à la pression, ni spontanément.

Examen des organes. — Appareil digestif: Aucun trouble fonctionnel. Pas de douleurs épigastriques ou intestinales.

Pas de vomissements. Pas de diarrhée. Appétit bon.

Foie normal. Rate normale.

Appareil respiratoire : Pas d'hémoptysie. La malade ne tousse pas Percussion et auscultation normales.

Appareil circulatoire. — Rien à noter. Pouls normal.

Appareil urinaire. — Urine claire. Ni sucre, ni albumine.

Système nerveux. — Rien à noter. Sensibilité normale. Réflexes normaux. Aucune sensation subjective particulière à noter.

Traitement. — Régime ordinaire. Lait. Viande. Sirop d'iodure de fer. Arséniate de soude.

Le 21 mai. — Légère stomatorrhagie dans la nuit. Le sang paraît avoir pour origine les taches hémorrhagiques de la muqueuse des joues. Même état des pétéchies et de la grande ecchymose de la jambe gauche.

22 mai. — Une petite plaque purpurique, rouge, ronde, légèrement saillante, sur la muqueuse de la lèvre inférieure. Persistance des métrorrhagies. Etat général bon. Pas de fièvre.

23 mai. — A la partie interne du genou gauche, on constate une tache irrégulière ayant les dimensions d'une pièce de 2 francs et formée par un piqueté hémorrhagique très fin. La grande ecchymose bleuâtre devient plus pâle. Elle diminue d'étendue, et s'entoure d'un cercle de coloration jaune. Pas de fièvre. Aucune douleur. Etat général satisfaisant.

29 mai. — Epistaxis abondante vers 6 heures du matin.

30 mai. — Légère stomatorrhagie. Liseré rouge, sanguinolent au niveau des sertissures des dents inférieures, surtout des canines.

Les pétéchies de la jambe droite ont disparu. L'ecchymose est devenue jaunâtre. Quelques petites pétéchies sur le thorax. Pâleur de la face très marquée. Bruit de diable.

2 juin. — La métrorrhagie a cessé complètement. Apparition de quelques petites pétéchies sur le membre inférieur gauche et d'une ecchymose ayant les dimensions d'une pièce de 1 franc à la partie antérieure de la jambe. La couleur en est verdâtre. Etat général bon. Pas de fièvre.

6 juin. — Nouvelles pétéchies sur le membre inférieur droit. Trois ecchymoses nouvelles ayant la forme et les dimensions d'une pièce de 10 sous, d'une teinte verdâtre à la région tibiale de la jambe droite.

8 juin. — Les pétéchies et les ecchymoses des membres persistent. Epistaxis assez abondante, pour avoir nécessité un tamponnement par la narine gauche. L'enfant est pâle, se sent faible à la suite de cette nouvelle hémorrhagie, mais l'état général est bon. La température normale. Elle n'accuse aucune douleur dans les membres, ne vomit pas.

10 juin. — L'état général continue à être bon. Pas de température. Pas de taches hémorrhagiques sur la muqueuse buccale. Les ecchymoses des membres sont en voie de disparition. Elles pâlissent. Aucune hémorrhagie par les muqueuses.

12 juin. — Même état. On voit quelques pétéchies à la partie antéro-supérieure du thorax. Il y en a également sur les cuisses et les jambes, mais moins nombreuses que les jours précédents. Sur la jambe gauche, l'ecchymose a complète-

ment disparu. On voit encore les traces des trois ecchymoses de la jambe droite. A leur niveau la peau a une couleur vert jaunâtre, mais cette coloration est peu intense. Plus d'épistaxis, ni métrorrhagie. Etat général bon.

15 juin. — Même état. L'enfant sort complètement guérie. Elle a encore quelques pétéchies sur les membres ; les ecchymoses de la jambe gauche sont encore visibles. L'état général est bon, comme du reste pendant tout le temps de son séjour à l'hôpital. On lui conseille de continuer à prendre de l'arséniate de soude.

CONCLUSIONS

Nos recherches bibliographiques et l'étude des cas cliniques nous conduisent à des conclusions conformes à celles de MM. Bensaude et Rivet sur les formes chroniques du purpura hémorrhagique.

I — Le purpura hémorrhagique chronique, connu depuis fort longtemps, n'occupe pas en pathologie l'importante place qu'il mérite. Ce mode d'évolution n'est pas une exception parmi les formes cliniques du purpura hémorrhagique.

II. — Le purpura hémorrhagique chronique se présente sous trois formes : une forme continue, une forme intermittente, enfin une forme à réveils à longs intervalles. Cette dernière forme était inconnue jusqu'aux travaux les plus récents.

III. — La connaissance du mode d'évolution du purpura hémorrhagique chronique doit faire réserver le pronostic, jadis considéré comme essentiellement bénin.

IV. — Le diagnostic peut soulever de nombreuses difficultés. On évitera de confondre cette affection avec l'hémophilie et les contusions suites de violences.

V. — Parmi les divers facteurs pathogéniques de cette affection, les infections et les intoxications d'origine gastro-intestinale mises en lumière par M. le professeur Hayem occupent assurément la place la plus importante. Cependant nous avons pu noter dans nombre d'observations la coexistence de la tuberculose soit latente, soit confirmée, et du purpura hémorrhagique.

Vu : le Président de la thèse,
HAYEM

Vu : le Doyen,
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

BIBLIOGRAPHIE

Apert et Rabé. — Maladie de Werlhoff à forme chronique (Bulletin Médical, 21 nov. 1897).

Bensaude et Rivet. — Les formes chroniques du purpura hémorrhagique (Arch. gén. de médecine, 24 janvier 1905).

Bensaude. — Société médicale des Hôpitaux, 15 janvier 1897.

Cazenave. — Gazette médicale des Hôpitaux, 1851, p. 358.

Denys. — La cellule, 1887 et tome V. 1889.

Debrie. — Purpura chronique à vastes ecchymoses et à récidives indéfinies (Bull. médical, 21 nov. 1900).

Fournier (de Bordeaux). — Gazette des Hôpitaux, 1851, p. 495.

Hertzog. — Arch. f. Kinderheilk, VI et XI.

Hayem. — Du sang, Paris, 1904.

— Leçons sur les maladies du sang, Paris, 1900.

— Sur un cas de diathèse hémorrhagique (Soc. méd. des Hôpitaux, 17 juillet 1891).

— Presse médicale, 22 juillet 1895.

— Soc. médicale des Hôpitaux, 12 février 1897.

Letzerich. — Untersuch. u. Beob. über die Ætiologie und die Kenntins der p. h., 1890.

— Zeit für Klin. med. B. XVIII, 1891.

Lenoble. — Conception des purpuras d'après leur formule anatomo-sanguine (Arch. de méd. expérimentale, mars et mai 1903).

— Le caillot et le sérum des purpuras (Arch. provinciales de méd., sept. 1900).

Lancereaux. — Traité d'anat. pathologique, t. I, Paris, 1875.

Marfan. — Traité des maladies de l'enfance, t. II, art. : Purpura, deuxième édition.

— Purpura hémorrhagique chronique (Méd. moderne, 13 avril 1895).

Millard. — Purpura hémorrhagique rebelle (Soc. méd. des Hôpitaux, 12 février 1897).

Mollière. — Société de dermatologie, 1887, p. 236.

Nanu. — Purpura chronique à grandes ecchymoses. Thèse de Paris, 1900.

Racle. — Annales des maladies de la peau et de la syphilis, t. II, 1844, p. 17, 19 et 126.

Rathery. — Société méd. des Hôpitaux, 12 octobre 1883.

Trousseau. — Gazette des Hôpitaux, 1846, p. 570.

Wiechel. — Inaugural dissertation. Greiswald, 15 juillet 1897.

Imp. de la Faculté de Médecine, H. JOUVE, 15, rue Racine, Paris.